



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Ambiente físico hospitalar: A influência no *burnout*, stress, fadiga e satisfação no trabalho dos profissionais de saúde

Marta Sofia Mendonça da Silva

Orientação: Professora Doutora Maria de Fátima
Campos Bernardo

Co-orientação: Professora Doutora Cláudia Raquel
Campos Andrade

Mestrado em Psicologia

Área de Especialização | Psicologia Clínica
Dissertação

Évora, Abril de 2018

Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Mestrado em Psicologia

Especialização em Psicologia
Clínica

Ambiente físico hospitalar: A influência no *burnout*, stress, fadiga e satisfação no trabalho dos profissionais de saúde

Marta Sofia Mendonça da Silva

Orientação:

Professora Doutora Maria de Fátima Campos
Bernardo

Co-orientação:

Professora Doutora Cláudia Raquel Campos
Andrade

Esta dissertação inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri

Évora, Abril de 2018

Ambiente físico hospitalar: A influência no
burnout, *stress*, fadiga e satisfação no trabalho dos profissionais de saúde

Agradecimentos

Aos meus pais, por todo o amor, apoio, incentivo, dedicação e paciência durante o meu percurso académico e em especial durante a elaboração da minha dissertação.

À Professora Fátima Bernardo, pelo apoio prestado durante o desenvolvimento deste trabalho e pela sua paciência em responder a todas as infinitas questões que lhe colocava.

À Professora Cláudia Andrade, que mesmo à distância se prontificou sempre em ajudar, esclarecer e partilhar o seu saber.

Ao Enfermeiro Joaquim Pedro, pela sua simpatia, disponibilidade e colaboração.

A todos os profissionais de saúde que dispensaram um pouco do seu tempo para responderem ao questionário, para me mostrarem os serviços e esclarecer as minhas questões.

Aos meus avós que sempre demonstraram uma enorme preocupação e carinho comigo, principalmente durante a elaboração da minha dissertação.

Ao Rafael, que mesmo nos momentos mais críticos nunca me deixou abrandar o ritmo, incentivando-me sempre a dar o meu melhor, com o maior rigor possível.

Aos meus amigos e grandes companheiros neste percurso académico, pelo apoio, incentivo e ajuda, em especial, um grande obrigado à Carla, à Bugalho, ao Pedro, à Catarina, à Ripado e à Açoriana.

Resumo

Este estudo teve como objetivo compreender se as três dimensões da Teoria do *Design* de Suporte (Ulrich, 1991; 2001), percepção de controlo, suporte social e distração positiva, proporcionadas pelo ambiente hospitalar influenciam a satisfação no trabalho, fadiga, *stress* e *burnout* dos profissionais de saúde. A amostra deste estudo foi composta por 141 profissionais de saúde, dos quais 41 eram médicos/as e 96 enfermeiros/as de 5 serviços hospitalares de 2 Edifícios diferentes de um Hospital Entidade Pública Empresarial (EPE) em Portugal. Utilizou-se uma grelha de observação do espaço para caracterizar os espaços utilizados pelos profissionais de saúde e um questionário de autopreenchimento. Os resultados da investigação indicam que existe uma influência da qualidade do ambiente hospitalar no bem-estar dos profissionais de saúde, embora os resultados não tenham sido maioritariamente significativos.

Palavras-chave: Ambiente hospitalar; Ambiente físico; Teoria do *Design* de Suporte; Profissionais de saúde; Bem-estar.

Abstract

The purpose of this study was to understand if the three dimensions of the Ulrich's Theory of Supportive *Design* (Ulrich, 1991, 2001) perception of control, social support and positive distraction, provided by the hospital physical environment have an influence on the levels of job satisfaction, fatigue, *stress*, and *burnout*, of healthcare professionals. The sample was composed by 141 healthcare professionals, from whom 41 were medical doctors, and 96 were nurses, working in 5 hospital services of 2 different buildings that belong to a Public Hospital Entity Business (EPE) in Portugal. An observation grid to characterize the hospital spaces used by health professionals and a self-completion questionnaire were used. The results of the research indicate that there is an influence of the environment on health professionals, although with non-significant results.

Key words: Hospital environment; Physical environment; Theory of Supportive Design; Health professionals; Well-being.

Índice

1. Introdução.....	- 11 -
2. Revisão de literatura	- 13 -
2.1. Influência da qualidade do ambiente hospitalar	- 13 -
2.1.1. Teoria do <i>Design</i> de Suporte	- 15 -
2.1.1.1. Perceção de controlo	- 15 -
2.1.1.2. Suporte social.....	- 16 -
2.1.1.3. Distração positiva	- 17 -
2.2. Impacto da qualidade do ambiente hospitalar no bem-estar dos profissionais de saúde	- 21 -
2.2.1. Satisfação no trabalho.....	- 23 -
2.2.2. Fadiga.....	- 24 -
2.2.3. <i>Stress</i>	- 26 -
2.2.4. <i>Burnout</i>	- 28 -
3. Formulação do problema de investigação.....	- 31 -
3.1. Objetivo geral do estudo	- 31 -
3.2. Hipóteses de estudo.....	- 32 -
4. Método.....	- 33 -
4.1. Participantes.....	- 33 -
4.2. Caraterização do contexto	- 34 -
4.3. Instrumentos.....	- 36 -
4.3.1. Grelha de observação do espaço	- 36 -
4.3.2. Questionário	- 38 -
4.3.2.1. Escala de Perceção do <i>Design</i> de Suporte do Ambiente Hospitalar – Adaptação para profissionais de saúde.....	- 38 -
4.3.2.2 Escala de Avaliação de Fadiga.....	- 40 -

4.3.2.3. Escala de <i>Stress</i> Percebido	- 41 -
4.3.2.4. Escala de satisfação no trabalho	- 41 -
4.3.2.5. Inventário de <i>Burnout</i> de Maslach – Prestadores de serviços humanos....	- 42 -
4.3.2.6. Questionário Sociodemográfico e Laboral	- 43 -
4.4. Procedimento	- 44 -
5. Resultados.....	- 45 -
5.1. Procedimento de análise dos dados.....	- 45 -
5.2. Análises fatoriais e de consistência interna das escalas	- 45 -
5.3. Teste de hipóteses	- 48 -
5.3.1. Teste da hipótese 1: Comparação entre a avaliação objetiva e subjetiva da qualidade dos espaços dos serviços pertencentes aos Edifícios 1 e 2, em termos de percepção de controlo, suporte social e distração positiva.....	- 48 -
5.3.2. Teste da hipótese 2: Comparação entre as qualidades objetivas dos espaços do Edifício 1 e 2 em termos de medidas de bem-estar dos profissionais de saúde.....	- 49 -
5.3.3. Teste da hipótese 3: Relação entre as percepções dos espaços do Edifício 1 e 2 em termos de percepção de controlo, suporte social e distração positiva e as medidas de bem-estar dos profissionais de saúde.	- 50 -
5.3.4. Teste da hipótese 4: Comparação entre as percepções de controlo, distração positiva e suporte social e as medidas de bem-estar de médicos/as e enfermeiros/as do Edifício 1 e Edifício 2.....	- 52 -
6. Discussão	- 57 -
7. Conclusão.....	- 63 -
8. Referências.....	- 65 -
Anexos	- 81 -

Índice de tabelas

Tabela 1. Caraterização da amostra.....	- 33 -
Tabela 2. Espaços avaliados em cada serviço.....	- 36 -
Tabela 3. Avaliação dos espaços em cada serviço	- 37 -
Tabela 4. Itens originais e itens adaptados aos profissionais de saúde	- 38 -
Tabela 5. Itens correspondentes às dimensões Inventário de <i>Burnout</i> de Maslach – Prestadores de serviços humanos.....	- 43 -
Tabela 6. Valores de consistência interna das escalas.....	- 45 -
Tabela 7. Escala de <i>Stress</i> Percebido- Análise fatorial exploratória: pesos fatoriais, variância explicada e <i>Alpha</i> de Cronbach.....	- 46 -
Tabela 8. SHEDS - Análise fatorial exploratória: pesos fatoriais, variância explicada e <i>Alpha</i> de Cronbach.....	- 47 -
Tabela 9. Comparação das variáveis de <i>design</i> entre os profissionais de saúde do Edifício 1 e do Edifício 2 - Resultado do teste ANOVA	- 48 -
Tabela 10. Comparação das variáveis de bem-estar entre os profissionais de saúde do Edifício 1 e do Edifício 2 - Resultado do teste ANOVA	- 49 -
Tabela 11. Relação entre as percepções do ambiente e variáveis de bem-estar - Resultado das correlações de Pearson	- 50 -
Tabela 12. Comparação das variáveis de <i>design</i> e bem-estar entre Enfermeiros/as e Médicos/as do Edifício 1 - Resultado do teste ANOVA	- 53 -
Tabela 13. Comparação das variáveis de <i>design</i> e bem-estar entre Enfermeiros/as e Médicos/as do Edifício 2 - Resultado do teste ANOVA	- 54 -

Índice de anexos

Anexo 1 – Grelha de observação do espaço.....	-82-
Anexo 2 – Questionário.....	-86-

Abreviaturas utilizadas

CABE - Commission for Architecture and the Built Environment

EPE - Entidade Pública Empresarial

FAS - Fatigue Assessment Scale

MBI-HSS - Maslach *Burnout* Inventory-Human Service Survey

PSS - Perceived *Stress* Scale

SHEDS - Supportive Hospital Environment *Design* Scale

1. Introdução

A investigação em psicologia ambiental tem demonstrado que o ambiente hospitalar tem influência nos seus utilizadores, podendo ser potenciador de bem-estar ou de constrangimento para os mesmos. Na prática, existe já algum reconhecimento desta influência, que se reflete na construção ou remodelação do *design* e da arquitetura hospitalar no sentido de ir ao encontro das necessidades dos seus utilizadores (Evans & McCoy, 1998; Stichler, 2001; Ulrich, 1995). De um modo geral, a investigação mostra que ambientes físicos com certas qualidades permitem o alívio do *stress* e representam uma fonte de bem-estar e recuperação daqueles que se encontram nas instituições de saúde, sobretudo, dos pacientes (e.g., Andrade, Lima, Pereira, Fornara, & Bonaiuto, 2013^b; Fornara, Bonaiuto, & Bonnes, 2006; Ulrich et al., 2008).

A Teoria do *Design* de Suporte de Ulrich (1991; 2001) propõe a existência de três propriedades ambientais que exercem influência sobre o bem-estar dos pacientes no hospital, são elas: perceção de controlo, suporte social e distração positiva. Esta teoria permite uma melhor compreensão do impacto do ambiente físico hospitalar sobre os indivíduos, sobretudo relativamente às suas repercussões no *stress* e bem-estar.

Grande parte dos estudos na área do *design* de ambientes de saúde tem-se centrado no impacto das características físicas do ambiente hospitalar no *stress*, bem-estar e recuperação dos pacientes (Stall, 2012; Ulrich et al., 2008), existindo menos estudos sobre profissionais de saúde (e.g., Andrade, Hernández-Fernaund, & Lima, 2013^a; Applebaum, Fowler, Fiedler, Osinubi, & Robson, 2010; Chaudhury, Mahmood, & Valente, 2009). Nomeadamente, a Teoria do *Design* de Suporte de Ulrich (1991; 2001) já foi testada e avaliada com amostras de pacientes em hospitais, porém, nunca foi aplicada ao estudo do impacto do ambiente hospitalar nos profissionais de saúde. Pareceu-nos por isso relevante debruçarmos esta investigação sobre o grupo dos profissionais de saúde, pois estes passam grande parte do seu dia nos hospitais e, tal como os pacientes, sofrem as consequências da qualidade do ambiente hospitalar, embora de forma diferente. Os estudos sobre a influência do ambiente hospitalar são de grande relevância pois permitem compreender as necessidades ambientais dos utilizadores dos hospitais, as características com os quais se encontram mais satisfeitos e que mais contribuem para o seu bem-estar, mas também as características, ou ausência das mesmas, que provocam algum tipo de mal-estar ao indivíduo.

Posto isto, pretende-se nesta investigação testar a aplicabilidade da Teoria do *Design* de Suporte de Ulrich (1991; 2001) na explicação da influência das características do ambiente físico hospitalar, no que diz respeito ao bem-estar dos profissionais de saúde, nomeadamente na medida em que o ambiente físico no qual os profissionais trabalham é percebido como proporcionando oportunidades de percepção de controlo, suporte social e distração positiva. Para além disso, pretende-se ainda conhecer em que medida tais percepções têm influência em variáveis de bem-estar como, a satisfação no trabalho, a fadiga, o *stress* e o *burnout*.

Tendo em conta a literatura existente sobre o tema, foram definidas as hipóteses de estudo. A recolha dos dados foi realizada em 5 serviços hospitalares de diferentes especialidades, localizados em dois Edifícios distintos do mesmo hospital que, com base na aplicação de uma grelha de observação dos espaços de trabalho destinados exclusivamente aos profissionais de saúde, demonstrou diferentes níveis de qualidade em termos de condições de percepção de controlo, suporte social e distração positiva.

Para a análise dos dados realizaram-se análises da variância (ANOVA *One-way*) de forma a comparar os níveis de bem-estar dos profissionais de saúde que trabalham nos diferentes Edifícios; correlações de Pearson, com o objectivo de perceber se existe uma relação entre a percepção de controlo, suporte social e distração positiva proporcionadas pelo ambiente e por fim, analisou-se a satisfação no trabalho, fadiga, *stress* e *burnout* destes profissionais. Os resultados da presente investigação foram de alguma forma ao encontro das hipóteses de estudo, embora sem resultados estaticamente significativos na sua maioria. Neste sentido, serão necessários mais estudos que, por exemplo, que controlem o tempo que os profissionais passam nos serviços e nos espaços que lhe são destinados, de forma a testar a influência do ambiente de forma mais independente.

2. Revisão de literatura

2.1. Influência da qualidade do ambiente hospitalar

As características do ambiente físico hospitalar podem influenciar o bem-estar, assim como o *stress* de todos os seus utilizadores, (e.g., profissionais de saúde, pacientes e familiares) (Ulrich, 1984). Os hospitais são instituições complexas, que albergam uma elevada densidade e diversidade de pessoas (e.g., profissionais de saúde, pacientes, familiares), e que se encontram em funcionamento permanentemente, possuindo determinadas particularidades físicas (e.g., temperaturas extremadas), químicas (e.g., inalação de gases anestésicos) e biológicas (e.g., vírus), que por si só, se manifestam hostis para todos os utilizadores (Figueiredo, 2005; Xelegati, Robazzi, Marziale, & Haas, 2006). Estas condições particulares dos ambientes hospitalares têm impacto de diferentes maneiras nos seus utilizadores.

As características do *design* e da arquitetura do espaço têm também inúmeras influências na experiência dos utilizadores do hospital. Por exemplo, os pacientes são influenciados pela tipologia do quarto. Nos quartos individuais é possível acomodar mais facilmente os amigos e familiares, não se verificando a existência de desavenças entre pacientes do mesmo quarto. Relativamente a esta tipologia, podemos referir que tende a haver também uma maior confidencialidade das informações relativas ao paciente. Os quartos individuais permitem também mais controlo sobre condições como: a temperatura, que pode ter influência, por exemplo, na qualidade do sono; o odor, que parece ter influência na percepção de dor e na ansiedade; ou o ruído, fator este com múltiplas implicações, como por exemplo, privação de sono e aumento da toma de medicação (Grumet, 1993; Kuivalainen, Ryhänen, Isola, & Meriläinen, 1998; Schweitzer, Gilpin, & Frampton, 2004; Ulrich et al., 2008). Talvez por estes motivos os pacientes tenham preferência por quartos individuais (Chaudhury, Mahmood, & Valente, 2005).

Podemos ainda referir que as características ambientais têm também influência na percepção do paciente relativamente aos cuidados de saúde prestados (e.g., Andrade, Lima, Devlin, & Hernandez, 2016).

Por sua vez, os profissionais de saúde parecem ser sobretudo influenciados por fatores como o ruído, que poderá apresentar consequências a nível da concentração durante o desempenho das tarefas, assim como ao aumento dos níveis de *stress*; a temperatura, que leva a desconforto físico; e a luminosidade, em específico, ausência de luz natural que conduz a maior fadiga, menor satisfação no traba-

lho e aumento do *stress* (Bayo, García, & García, 1995; Mroczek, Mikitarian, Vieira, & Rotarius, 2005; Zadeh, Shepley, Williams, & Chung, 2014).

Tradicionalmente, o desenho do ambiente físico hospitalar era focado apenas no impacto que poderia ter na eficiência do tipo de cuidados médicos e de enfermagem prestados. No entanto, nem sempre a funcionalidade dos espaços torna os locais satisfatórios a nível psicológico (Ulrich, 1991). Mas mais recentemente parece existir uma maior atenção por parte das instituições hospitalares e profissionais do *design* e da arquitetura hospitalar relativamente à criação de ambientes que auxiliem também o bem-estar dos seus utilizadores (Lee, 2011; Stichler, 2001; Ulrich, 1995). Segundo alguns autores, o facto de as instituições hospitalares não valorizarem suficientemente a influência que o *design* pode ter nos seus utilizadores poderá estar, em parte, relacionado com a insuficiência de teorias que expliquem os efeitos do *design* hospitalar (Andrade, Devlin, Pereira, & Lima, 2017; Stall, 2012; Ulrich et al., 2008).

A mudança de paradigma que tem vindo a acontecer em relação ao desenho das estruturas hospitalares acompanha o surgimento do conceito de “*healing environments*” (Seifert & Hickman, 2005). “*Healing environments*” caracterizam-se pela importância dada a características ambientais que visam o “apoio psicológico”, ou seja, potenciadoras de conforto, privacidade e de bem-estar de pacientes e profissionais e que facilitam a recuperação dos pacientes (Applebaum et al., 2010). Segundo Ulrich (1995), “*healing environments*” possuem vantagens tanto para os pacientes como para o próprio hospital, uma vez que, em última análise, facilitam e aceleram a recuperação pós-operatória. Ulrich (1984) concluiu que a vista dos quartos de hospital para a natureza tem também um efeito restaurador. Tal estudo baseou-se na comparação dos registos hospitalares de pacientes que se encontravam a recuperar do mesmo tipo de cirurgia em quartos com vista para a natureza ou para um muro/parede. Os resultados evidenciaram que os pacientes em quartos com vista para a natureza recuperaram com menos ansiedade e pressão arterial, tomaram menos medicação analgésica e obtiveram menos registos de sofrimento emocional. Para além disso, é referido que estes recuperaram em menos dias, quando comparados com os pacientes alojados em quartos sem vista para a natureza.

Ulrich (1991; 2001) desenvolveu a Teoria do *Design* de Suporte sobre o impacto dos ambientes físicos nos níveis de *stress* e bem-estar, que se tem revelado uma teoria importante na compreensão deste fenómeno e que foi usada por múltiplas investigações em anos recentes (e.g., Andrade & Devlin, 2015; Andrade et al., 2017;

Devlin, Andrade, & Lima, 2014; Shepley et al., 2017). Esta teoria propõe que certas propriedades do ambiente físico minimizam o *stress* e maximizam o bem-estar dos indivíduos. A investigação tem-se centrado sobretudo no bem-estar e recuperação dos pacientes, pelo que o presente estudo irá aplicá-la aos profissionais de saúde (Stall, 2012; Ulrich et al., 2008).

2.1.1. Teoria do *Design* de Suporte

A Teoria do *Design* de Suporte sugere que o ambiente hospitalar deve proporcionar condições que potenciem a perceção de controlo, suporte social e distração positiva e que estas propriedades ambientais são promotoras de bem-estar e redutoras de *stress* (Ulrich, 1991; 2001).

2.1.1.1 Perceção de controlo

A perceção de controlo é um princípio motivacional básico do ser humano, que consiste na crença de que a pessoa tem poder para influenciar não só os seus comportamentos, como também para agir sobre o meio circundante e obter os resultados que pretende (Wallston, Wallston, Smith, & Dobbins, 1987). O facto de os indivíduos percecionarem maior controlo sobre determinada situação pode influenciar positivamente a sua saúde física e mental (Shapiro, Schwartz, & Astin, 1996). Contudo, uma baixa perceção de controlo provocada geralmente por situações que são incontrolláveis ou que representam uma fonte de *stress*, tem consequências negativas para os sujeitos, como por exemplo, vergonha, culpa, ansiedade, comportamentos defensivos e depressão (Wallston et al., 1987).

Segundo Evans e Cohen (1987), se o indivíduo percecionar que tem algum controlo sobre um estímulo que lhe provoca *stress*, essa perceção poderá minimizar as consequências negativas desse estímulo, o que por sua vez será positivo para o seu bem-estar. Nesse sentido, é manifestamente importante a pessoa sentir que tem controlo ambiental, ou seja, que no ambiente onde se encontra consegue ter controlo sobre as suas características, exercendo domínio sobre o ambiente (Lee & Brand, 2005).

A baixa perceção de controlo é um dos aspetos que afeta os pacientes no hospital. Estes poderão sentir uma reduzida perceção de controlo devido a fatores relacionados com a sua patologia (e.g., limitado entendimento sobre as causas ou consequências), com as prescrições associadas ao tratamento ou as regras do hospital (e.g., regime alimentar e horários das visitas restritos) mas também devido a fatores relacionados com o próprio ambiente físico (e.g., impossibilidade de con-

trola de temperatura e luz natural), o que poderá agravar os seus níveis de *stress*, aumentar o sentimento de desamparo e maximizar o mal-estar dos próprios familiares (e.g., Andrade & Devlin, 2015; Larsen, Larsen, & Birkelund, 2013; Ulrich, 1991; Winkel & Holahan, 1985).

Os profissionais de saúde poderão experienciar reduzida percepção de controlo em relação ao ambiente do seu local de trabalho devido a aspetos como falta de privacidade (e.g., ausência de espaços para descansar ou estarem sozinhos, impossibilidade de poder fechar a porta do gabinete de trabalho), impossibilidade de controlo da iluminação (e.g., luminosidade excessivamente forte ou fraca e impossível de regular), dificuldade de controlo do ruído (e.g., persistência de ruído oriundo das conversas ou dos materiais de trabalho) (Shepley et al., 2017; Ulrich, Boggren, & Lundin, 2012). A baixa percepção de controlo poderá consequentemente levar a que os profissionais de saúde apresentem elevados níveis de *stress* e ansiedade, podendo estes levar a sintomas de *burnout* (Shumaker & Pequegnat, 1989; Souza & Silva, 2002).

2.1.1.2 Suporte social

O suporte social caracteriza-se pela crença do indivíduo em possuir um determinado grupo de pessoas nas quais pode confiar, que se disponibilizam para o ajudar, manifestando afeto e preocupação para consigo, o que alimenta o sentimento de pertença a uma rede social, composta por diferentes pessoas das quais pode esperar apoio recíproco (Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983; Sarason, Sarason, & Pierce, 1990). O indivíduo tende a avaliar o seu suporte social como mais positivo e satisfatório se sentir que existe disponibilidade por parte das outras pessoas para o auxiliarem e apoiarem aquando de uma situação causadora de *stress* (Santos, Pais-Ribeiro, & Lopes, 2003; Schwarzer & Gutiérrez-Doña, 2005).

O suporte social é uma das dimensões referidas na Teoria do *Design* de Suporte (Ulrich, 1991; 2001), uma vez que o ambiente físico pode ter influência sobre o suporte social recebido, na medida em que pode apresentar-se como facilitador ou como um obstáculo para o mesmo, dependendo, por exemplo, da existência de espaço suficiente ou privacidade para conversar. Os ambientes hospitalares são sentidos por muitos pacientes como ambientes desconhecidos, ameaçadores e causadores de *stress*, pelo que é importante ter acesso a suporte por parte de

amigos e familiares, o que ajuda a reduzir os níveis de stress e aumentar o bem-estar (Bolger & Amarel, 2007; Haslam, O'Brien, Jetten, Vormedal, & Penna, 2005).

O suporte social tem benefícios tanto para os pacientes e familiares como para profissionais de saúde, contudo, as pesquisas têm-se debruçado mais sobre o efeito do suporte social nos pacientes (Cohen & Syme, 1985; Uchino, 2009; Ulrich et al., 2008).

No que se refere aos profissionais de saúde, o suporte social parece ser um dos preditores do bem-estar laboral, encontrando-se associado à redução do *stress*, bem como a uma redução de sintomatologia depressiva (Park, 2007). Parece existir também uma relação entre suporte social, *stress* e *burnout* nos profissionais de saúde, na medida em que profissionais de saúde com maior suporte social, quer seja ele informativo (e.g., aconselhar o profissional em algum problema), emocional (e.g., manifestação de estima pelo profissional) ou instrumental (e.g., comportamentos que auxiliem o profissional numa determinada tarefa), parecem lidar mais facilmente com o *stress* laboral, assim como com o *burnout* e apresentar resultados satisfatórios ao nível do bem-estar (House, Landis, & Umberson, 1988; House, Umberson, & Landis, 1988; Jenkins & Elliott, 2004; Thoits, 2011; Woodhead, Northrop, & Edelstein, 2016).

Assim, é importante que os ambientes hospitalares facilitem o suporte social, através de determinadas características físicas, com o objetivo de permitir aos utilizadores maior contacto social, o que pode consequentemente ser uma forma de diminuir o desgaste dos profissionais e prevenir o *burnout* (Constable & Russell, 1986; Jenkins & Elliott, 2004). Importa também referir o aspeto contrário: além de facilitadores de contacto social, os espaços hospitalares devem igualmente proporcionar oportunidades de obter privacidade, ou seja, proporcionar espaços reservados e afastados do contacto social, uma vez que a ausência desses espaços pode também representar uma fonte de *stress* para os sujeitos (Ulrich, 1991).

2.1.1.3. Distração positiva

A existência de estímulos ambientais positivos parece assumir um papel relevante no bem-estar dos indivíduos, incluindo nos hospitais (Kaplan, 1995; Ulrich, 1984; 1991), por exemplo possibilitando distração.

Segundo Kaplan (1995) o ser humano encontra-se constantemente a realizar um esforço para se manter atento, concentrado e focado relativamente àquilo que tem interesse ou necessita de atenção num determinado momento. A atenção

que as diferentes situações do quotidiano exigem, conduz frequentemente à fadiga, aumentando a probabilidade de erros, dificuldades na tomada de decisões, assim como no controlo das emoções (Abbott, Taff, Newman, Benfiel, & Mowen, 2016).

Desta forma, é importante que o indivíduo tenha experiências que captem a atenção involuntária, que possibilitem reflexões e que o transportem psicologicamente, permitindo um afastamento mental, por exemplo de uma determinada situação geradora de *stress*, a fim de restaurar a sua atenção voluntária (Felsten, 2009; Kaplan & Kaplan, 1989; Laumann, Gärling, & Stormark, 2001). A distração é considerada um mecanismo de *coping*, ou seja, uma estratégia que auxilia a pessoa a lidar com uma determinada situação (e.g., pode levar à atenuação da dor, caso a atenção do indivíduo seja alocada para outro estímulo) (McCaul & Malott, 1984).

Em relação às distrações ambientais, é importante que o grau de estimulação seja moderado, no sentido em que ambientes com elevada estimulação (e.g., luminosidade intensa, ruído) podem tornar-se demasiado agitados e *stressantes* para o indivíduo. Por sua vez, ambientes com baixa estimulação (e.g., ausência de objetos distratores) poderão levar a pessoa a concentrar-se mais nos seus problemas, o que consequentemente poderá aumentar os níveis de *stress* (Ulrich, 1991; Wohlwill, 1966).

Por outro lado, nem todos os estímulos são positivos. Por exemplo, um estudo de Nanda, Eisen e Baladandayuthapani (2008) mostrou que no ambiente hospitalar, quadros com representações da natureza têm efeitos mais positivos do que pinturas abstratas. Enquanto as representações da natureza produzem tendencialmente reações tranquilizantes e reduzem o *stress*, as representações abstratas poderão originar alguma animosidade, aumentar o *stress* e, em casos extremos, poderão até mesmo conduzir a comportamentos agressivos (Kweon, Ulrich, Walker, & Tassinary, 2008; Nanda et al., 2008; Ulrich et al., 2012). A presença de quadros poderá ainda assim ser relevante para os utilizadores dos hospitais, na medida em que poderá funcionar como facilitadora da comunicação (Suter & Baylin, 2007).

Os profissionais de saúde são influenciados negativamente por ambientes com pouca estimulação (e.g., salas de trabalho sem janelas ou com janelas que não permitam observar o exterior) o que se poderá traduzir em ambientes causadores de *stress* e promotores de maior desgaste profissional (Keep, James, & Inman, 1980).

Ulrich (1981; 1983) considera que ambientes que apresentam distrações positivas não são ambientes apenas com algum grau de estimulação, mas também que se caracterizam pela presença de determinadas componentes indutoras de sentimentos positivos, componentes essas que podem auxiliar o indivíduo na recuperação psicofisiológica do *stress*. Por exemplo, a existência de jardins nos hospitais que tenham na sua composição árvores, relva e água, podem proporcionar aos profissionais de saúde uma recuperação psicofisiológica face ao *stress*, uma vez que os espaços com estes componentes tendem a aumentar a atenção não vigilante, reduzir os pensamentos negativos e desencadear emoções positivas que levam consequentemente a uma redução do *stress* (Connellan et al., 2013; Ulrich, 1983; Van Den Berg, Hartig, & Staats, 2007; Van Den Berg & Custers, 2011).

Segundo Ulrich e Parsons (1990) a visualização da natureza real ou representada é um meio eficaz de recuperação da atenção dos indivíduos, o que consequentemente poderá bloquear emoções negativas e reduzir o *stress*. Em comparação com a visualização de imagens urbanas, as imagens da natureza têm efeitos significativamente mais positivos, tanto na redução de *stress* como a nível fisiológico (e.g., redução da pressão arterial). Num estudo de Leather, Cox e Farnsworth (1990) realizado com múltiplos profissionais de diversos locais de trabalho, conclui-se que a presença de janelas com vista para a natureza, diminuía o *stress* e aumentava o bem-estar associado à saúde.

A exposição dos pacientes a imagens da natureza parece também demonstrar eficácia tanto na redução da ansiedade como na diminuição do *stress*, e até ao nível do desconforto perante procedimentos cirúrgicos (Ulrich, 1991). Existem também evidências de que uma exposição prolongada a imagens da natureza pode ser ainda mais eficaz para pacientes que experienciam elevados níveis de *stress* e que têm períodos de internamento mais extensos. Desta forma, a exposição prolongada a cenários de natureza, quer seja através da visualização por meio de uma janela ou de um quadro, tende a ampliar os seus efeitos tranquilizantes no tempo, o que pode levar a níveis de *stress* mais baixos e à manutenção do bem-estar (Ulrich & Parsons, 1990).

A existência de elementos que proporcionem distrações positivas pode até ter algum impacto ao nível dos custos para o próprio hospital, no sentido em que parece existir uma relação entre a observação de paisagens naturais e um aumen-

to da satisfação dos profissionais, assim como uma redução da frustração (Kaplan, 1995; Kweon et al., 2008; Ulrich, 1984).

Recentemente realizaram-se várias investigações para testar a aplicabilidade da Teoria do *Design* de Suporte (Ulrich, 1991; 2001). No estudo experimental realizado por Andrade e Devlin (2015), foi solicitado aos participantes (estudantes de nacionalidade portuguesa e norte-americana) que se imaginassem numa situação de internamento em que, dependendo das condições do estudo, o quarto proporcionaria um diferente número de estímulos associados à percepção de controlo (e.g., controlo da temperatura), suporte social (e.g., existência de sofá-cama para visitas) e/ou distração positiva (e.g., televisão). Os resultados da investigação validaram a Teoria do *Design* de Suporte, revelando que quanto maior o número de elementos no quarto, menores os níveis de *stress* esperados, especialmente elementos que promovam suporte social e distração positiva. Por outro lado, a percepção de controlo não se verificou preditora ou mediadora da relação entre os elementos no quarto e os níveis de *stress*.

Mais recentemente, também para estudar a Teoria do *Design* de Suporte (Ulrich, 1991; 2001), foi realizada uma investigação em contexto hospitalar, cujos participantes eram pacientes de internamento de serviços de ortopedia de nacionalidade portuguesa e norte americana (Andrade et al., 2017). Também neste estudo se concluiu que os pacientes cujos quartos proporcionavam mais elementos associados a suporte social (e.g., internet, telefone, cadeiras para pacientes, cadeiras para visitas) e distração positiva (e.g., televisão, quadros, janela de grandes dimensões) reportavam menores níveis de *stress*. Tal como na investigação de Andrade e Devlin (2015), a percepção de controlo não foi preditora de *stress*, o que, segundo as autoras, poderá justificar-se com o facto de que quando hospitalizado, a possibilidade de o paciente ter controlo sobre o ambiente poderá não ser necessariamente facilitadora de ajustamento e adaptação.

Ainda assim, ambos os estudos mostram que a percepção de controlo não tem efeitos negativos no bem-estar. Além disso, um estudo subsequente revelou que os efeitos da percepção de controlo podem também depender das características individuais de cada pessoa, em termos de níveis de desejo de controlo (Andrade & Devlin, 2016; Evans, Shapiro, & Lewis, 1993). A percepção de controlo pode ser proporcionada a todos os utilizadores do hospital, tanto a pacientes (e.g., possibilidade de controlar o volume da televisão), familiares (e.g., existência de áreas des-

tinadas às visitas) e profissionais de saúde (e.g., possibilidade de terem salas de descanso) (Andrade & Devlin, 2015; Ulrich, 1991).

Até à data, que tenhamos conhecimento, nenhum outro estudo utilizou a Teoria do *Design* de Suporte (Ulrich, 1991; 2001) para compreender a experiência dos profissionais de saúde relativamente ao ambiente hospitalar. Por outro lado, existem outras variáveis relativamente às quais as características físicas dos ambientes hospitalares podem ter impacto nos profissionais de saúde, como por exemplo, a satisfação no trabalho, o *stress*, a fadiga e o *burnout*, variáveis estas que já foram estudadas em outras investigações (e.g., Saito, 1999; Stacciarini & Tróccoli, 2001) mas não com foco na sua relação com o ambiente físico.

2.2. Impacto da qualidade do ambiente hospitalar no bem-estar dos profissionais de saúde

As características físicas dos ambientes laborais e o seu respetivo impacto nos profissionais têm sido estudadas em algumas profissões, em parte devido às alterações que muitos locais de trabalho sofreram nos últimos anos, nomeadamente ao nível das estruturas dos gabinetes (e.g., open office), demonstrando efeitos no nível da privacidade e de perceção de ruído (Brennan, Chugh, & Kline, 2002; Smith-Jackson & Klein, 2009). Entende-se assim por ambiente físico laboral, todos os estímulos do ambiente com os quais os profissionais interagem, sejam eles macro (e.g., edifício) ou micro (e.g., mobiliário) (Elsbach & Pratt, 2007).

O bem-estar dos profissionais de saúde depende do tipo de atividades específicas que desempenham mas também das características do ambiente físico (e.g., tipo de iluminação, temperatura, existência de espaços verdes, intensidade de ruído, tipo de ventilação) que posteriormente se irão manifestar, por exemplo, na satisfação com o trabalho, desempenho, motivação, *stress*, produtividade, entre outros aspetos de relevância para o profissional e para a própria instituição (Andrade et al., 2013^a; Stichler, 2009; Zadeh et al., 2014).

Existem vários estudos sobre o impacto das características físicas dos ambientes hospitalares no bem-estar e redução do *stress* dos pacientes (e.g., Andrade et al., 2017; Devlin et al., 2014; Rogers, 1993; Ulrich, 1984). Contudo, são menos os estudos que se debruçam sobre a influência das características físicas dos ambientes hospitalares no bem-estar dos profissionais de saúde, também estes, utilizados permanentes dos hospitais e cruciais para o funcionamento dos mesmos (Andrade et al., 2013^a). Um exemplo de um estudo realizado com profissionais de sa-

úde é o estudo de Andrade e colaboradores (2013^a), focado na percepção da qualidade do ambiente físico e social hospitalar. Os resultados deste estudo indicaram que os profissionais de saúde manifestavam sensibilidade relativamente às características do ambiente hospitalar e que aqueles que trabalhavam em serviços avaliados objetivamente (por dois juízes independentes formados em arquitetura) como tendo melhores condições ambientais, apresentavam maior satisfação no trabalho e consideravam o seu serviço mais próximo do ideal, quando comparados com os profissionais que trabalhavam em serviços com ambientes físicos com menos qualidade.

As pesquisas existentes com profissionais de saúde focam-se bastante na relação entre determinadas características do ambiente físico (e.g., temperatura, iluminação, ruído, número de horas de exposição a luz natural, configuração do serviço) e o aumento de *stress* e/ou o risco acrescido de erros médicos/de enfermagem, o que pode refletir, por sua vez, determinadas consequências para o paciente (Alimoglu & Donmez, 2005; Reiling, Breckbill, Murphy, McCullough, & Chernos, 2003; Topf & Dillon, 1988).

Porém, apesar de não existir um leque vasto de pesquisas relativamente ao impacto das características físicas do ambiente no bem-estar dos profissionais de saúde, está patente na grande maioria das investigações a ideia de que o ambiente físico de trabalho dos profissionais de saúde deve ser adaptado às suas necessidades, uma vez que o *design* dos espaços, pode ter influência no *stress*, fadiga, sensação de ausência de privacidade, entre outros aspetos que prejudicam o desempenho das suas tarefas, assim como o seu bem-estar (Chaudhury et al., 2009; Gurses & Carayon, 2009).

Os profissionais de saúde, mais especificamente, médicos e enfermeiros, possuem profissões que se caracterizam como sendo severas do ponto de vista físico e psicológico, o que por si só pode conduzir ao *stress* e *burnout*, sendo que em alguns casos, quando o ambiente físico representa também uma fonte de *stress* acrescida, o seu bem-estar pode ficar ainda mais comprometido (Andrade et al., 2013^a; Chaudhury et al., 2009).

Existem assim evidências de que o *design* dos ambientes hospitalares tem influência sobre os profissionais de saúde em diferentes aspetos (e.g., desempenho, satisfação com o trabalho, erros médicos/de enfermagem), podendo agravar muitas vezes o *stress* inerente à própria profissão (Chaudhury et al., 2009;

Commission for Architecture and the Built Environment [CABE], 2004). Desta forma, se o ambiente físico hospitalar afetar o bem-estar e o *stress* dos profissionais de saúde, também a prestação de cuidados será afetada, assim como, o bem-estar dos pacientes e a sua percepção dos cuidados de saúde prestados (Andrade et al., 2013^a).

2.2.1. Satisfação no trabalho

O trabalho é uma das componentes mais relevantes da vida do indivíduo, sendo parte integrante da sua identidade, pelo que é manifestamente importante compreender o impacto da satisfação no trabalho nos sujeitos (Judge & Klinger, 2008). São diversas as definições de satisfação no trabalho, embora uma das mais frequentemente utilizadas seja a de Locke (1976) que caracteriza a satisfação no trabalho como um estado emocional positivo e prazeroso que resulta da avaliação experiencial que o indivíduo realiza do seu trabalho. Desta forma, a satisfação no trabalho configura uma avaliação que o sujeito faz do seu trabalho (e.g., condições, resultados), avaliação esta que é influenciada pelas suas crenças e bem-estar vivenciado neste local (George & Jones, 1999; Silva, 1998).

Desta forma, a satisfação no trabalho está relacionada com a supressão das necessidades dos profissionais, no sentido em que fatores como remuneração, bem-estar e prazer na realização das atividades, são indutores de satisfação no trabalho (Mowday, Porter, & Steers, como citado em Parish, Berry, & Lam, 2008). A satisfação no trabalho é influenciada por dois tipos de causas, as pessoais e as organizacionais. As causas pessoais incluem as diferenças individuais de cada sujeito (e.g., locus de controlo) e fatores demográficos (e.g., idade, género). As causas organizacionais abrangem as mais diversas componentes relacionadas com o trabalho (e.g., perspetiva de carreira, relações com os colegas, condições físicas do local de trabalho) (Cunha, Rego, Cunha, & Cardoso, 2007).

Assim, se a atividade laboral e o ambiente representarem para o profissional uma fonte constante de *stress* e exaustão emocional, a sua satisfação no trabalho tenderá a diminuir uma vez que leva o sujeito a experienciar estados emocionais negativos (Applebaum et al., 2010; Barsky, Thoresen, Warren, & Kaplan, 2004). Quando não satisfeito com o trabalho, o profissional poderá apresentar comportamentos como ausência de interesse, desinvestimento nas tarefas desempenhadas e saída da organização (Cunha et al., 2007). A satisfação no trabalho influencia não só o profissional, como também aqueles que usufruem dos seus serviços, exis-

tindo evidências de que médicos que apresentam níveis baixos de satisfação no trabalho, acabam por influenciar negativamente a sua prestação de serviços, a satisfação dos pacientes relativamente ao serviço prestado, assim como a adesão dos mesmos aos tratamentos prescritos (DiMatteo et al., 1993; Williams et al., 2010).

Existem também evidências no que concerne à relação entre o ambiente físico e o desempenho dos profissionais de saúde, ainda que não existam muitos estudos que se dediquem à compreensão da relação entre as características físicas e a satisfação no trabalho destes profissionais, sendo que alguns apresentam resultados inconclusivos. Djukic, Kovner, Budin e Norman (2010) dedicaram-se a investigar a relação entre o ambiente físico percebido pelos profissionais de saúde e a satisfação no trabalho, embora não se tenha verificado uma relação significativa entre estas variáveis, considerando que a satisfação no trabalho é influenciada por uma panóplia alargada de fatores, que vão além do ambiente físico. Também Herzberg (1996) defende a ideia de que a satisfação no trabalho é apenas afetada quando as condições físicas laborais apresentam uma degradação de tal ordem que impossibilitam o profissional de as ignorar e sentir-se bem perante as mesmas. Por outro lado, Andrade e colaboradores (2013^a) encontraram uma associação entre a qualidade do ambiente físico e a satisfação profissional.

2.2.2. Fadiga

A fadiga consiste num estado de exaustão física e mental, que atinge tanto pacientes clínicos, na medida em que pode ser um sintoma de um determinado quadro clínico (e.g., doença de Parkinson), como a população de forma geral (e.g., trabalhadores), não significando obrigatoriamente ser consequência de uma doença (Cella & Chalder, 2010; Mota, Pimenta, & Caponero, 2012; Sanches & Cardoso, 2012). Este estado de exaustão não é provocado simplesmente por uma situação esporádica, mas sim, pelo constante esforço realizado pelo indivíduo para dar resposta às exigências ambientais, que acabam por desgastá-lo. O sujeito começa a manifestar alguma fraqueza, bem como, dificuldades em dedicar-se por completo a uma atividade devido ao cansaço, que reduz por sua vez, a capacidade de concentração (Kaplan, 1993; Mota et al., 2012; Sanches & Cardoso, 2012).

Importa referir que a fadiga deve ser vista de uma forma integral, no sentido em que se apodera de forma generalizada da pessoa, tanto física como psicologicamente (Ream & Richardson, 1996). Esta encontra-se bastante associada ao tra-

balho, nomeadamente ao dos profissionais de saúde e é potenciada por diversos fatores laborais, tais como, realização de horas extra, reestruturações dentro da organização, trabalho por turnos, interrupção do ritmo circadiano, redução de funcionários e introdução de novas tecnologias, todos estes aspetos bastante característicos dos profissionais de saúde (Gaba & Howard, 2002; Janssen, Kant, Swaen, Janssen, & Schröer, 2003; Saito, 1999).

A fadiga possui uma etiologia multifatorial, na medida em que é influenciada pelo tipo de trabalho desempenhado pelo profissional, pelas suas características pessoais, assim como pelo próprio ambiente físico laboral (Mauro, Cordeiro, Yanagisawa, & Conceição, 1976). As características físicas dos locais de trabalho dos profissionais de saúde podem ter uma forte influência ao nível da fadiga, sem que por vezes, os mesmos se apercebam. Aspetos, como por exemplo, má iluminação, ausência de ventilação, mobiliário desconfortável, ruído elevado e temperatura desadequada, são algumas das causas que podem conduzir à fadiga dos profissionais de saúde, ou reforça-la ainda mais (Miller, como citado em Mauro et al., 1976).

A capacidade de recuperação dos profissionais à fadiga assume um importante contributo no que diz respeito ao seu bem-estar físico e psicológico, sendo essencial para a recuperação, o repouso e o lazer, de forma a aliviar os mecanismos atencionais (Jansen, Kant, & Van Den Brandt, 2002; Miller, como citado em Mauro et al., 1976). Ainda assim, muitas vezes estes dois aspetos não se manifestam suficientes para a recuperação da fadiga, pelo que existem algumas características ambientais específicas que poderão contribuir para um alívio e recuperação mais eficaz desta. A título de exemplo, encontramos, a possibilidade do profissional se distanciar fisicamente das fontes de fadiga; a presença de elementos que permitam a captação da atenção involuntária do profissional, entre outros aspetos que poderão estar presentes no contexto laboral e ter um efeito restaurador para o profissional (James, como citado em Kaplan, 1993).

A não recuperação do profissional, bem como, a presença constata de estímulos que provocam *stress* no seu local de trabalho, podem ter consequências muito negativas tanto para o próprio profissional (e.g., irritabilidade, erro médico/de enfermagem, isolamento, intolerância ao ruído, insegurança, risco acrescido de acidentes de trabalho, risco aumentado de desenvolver doenças cardiovasculares) como também para a organização (e.g., diminuição do desempenho e absentismo

laboral) (Jansen et al., 2002; Oliveira, Viganó, Lunardelli, Canêo, & Júnior, 2010; Saito, 1999).

Apesar de não existirem ainda muitas pesquisas que se dediquem ao estudo da relação entre as características físicas do ambiente e a fadiga dos profissionais de saúde, existem já algumas evidências de que o *design* dos ambientes hospitalares tem consequências para os profissionais de saúde, especificamente para os enfermeiros (Applebaum et al., 2010). Segundo alguns autores (e.g., Joseph, 2006; Stichler, 2009), aspetos como o desenho do gabinete de enfermagem, tipo de quarto dos pacientes, distâncias entre os gabinetes de enfermagem e os quartos dos pacientes, localização dos materiais de tratamento e equipamentos, conduzem ao cansaço dos enfermeiros, tendo implicações na prestação de serviço ao paciente, apresentando como consequência a manifestação de fadiga nos enfermeiros.

Posto isto, é muito importante a presença de determinadas características do *design* nos espaços utilizados por profissionais, como por exemplo, presença de janelas, de forma a permitir a captação da atenção involuntária do sujeito, como um meio de minorar a fadiga dos profissionais de saúde (Kaplan, 1993).

2.2.3. Stress

O *stress* é definido por Selye (como citado em Le Fevre, Matheny, & Kolt, 2003) como sendo o resultado da interação entre o sujeito e o ambiente, ou seja, caracteriza-se por uma reação do sujeito face a determinados estímulos que pressupõem adaptação por parte do indivíduo, podendo existir uma reação positiva ou negativa aos mesmos (Stacciarini & Tróccoli, 2001). Ao ser confrontado com determinadas exigências ambientais o sujeito faz uma avaliação das mesmas, sentido frequentemente que os seus recursos estão a ser levados ao limite (Lazarus & Folkman, 1984). O *stress* pode ainda desencadear um conjunto de reações biológicas (e.g., taquicardia, tensão muscular, sudorese excessiva) e psicológicas (e.g., ansiedade, exaustão emocional) no indivíduo (Moore, 2000).

Importa referir que o *stress* não deve ser interpretado como uma reação exclusivamente negativa, uma vez que consoante a pessoa que vivencia determinada situação de *stress* e os seus recursos, a sua perceção da situação poderá levá-la a experienciar *stress* positivo (e.g., após uma promoção profissional) ou *stress* negativo (e.g., excessiva carga horária), também respetivamente denominados de *eustress* e *distress* (Colligan & Higgins, 2005).

O *eustress* consiste na percepção e avaliação de um determinado estímulo que provoca *stress* como algo positivo, pelo que pode estimular o sujeito para determinada tarefa, contribuir para a manutenção de um foco, aumentar a sua motivação, levar a pessoa a alcançar os seus objectivos, contribuindo assim para o seu desenvolvimento (Le Fevre et al., 2003; Colligan & Higgins, 2005). Contudo, quando existe um prolongamento das situações de *stress*, dependendo também da sua duração, intensidade e das próprias características do indivíduo, o *eustress* passa a *distress*, assumindo um papel negativo e prejudicial, afectando constantemente a sua homeostasia (Baum, Singer, & Baum, 1981; Selye, como citado em Le Fevre et al., 2003; Zimring 1981).

O *stress* ocupacional resulta da interação entre o profissional e as condições laborais, condições estas que por vezes se manifestam de grande exigência e relativamente às quais o sujeito poderá sentir que não possui recursos para lidar. Quando tal acontece, o profissional pode experienciar angústia, pressão ou ameaça. O *stress* ocupacional pode ter inúmeras fontes, tais como, sobrecarga de trabalho, ausência de perspectiva de ascensão profissional, estrutura organizacional, relação trabalho-família, relações interpessoais, tipo de horário, para além do próprio ambiente físico, que pode também representar uma fonte de *stress* para o profissional (Stacciarini & Tróccoli, 2001; Vasconcelos, Fischer, Reis, & Moreno, 2011; Zimring 1981). Tem existido algum interesse por parte da comunidade científica relativamente ao *stress* ocupacional, uma vez que este possui custos tanto para o profissional como para a organização (Murphy, Hurrell, Sauter, & Keita, 1995).

Segundo Cooper e Marshall (1976) encontram-se associadas ao local de trabalho cinco diferentes fontes de *stress*, sendo elas: fatores intrínsecos ao trabalho (e.g., ambiente físico e respetivos fatores, tais como, iluminação, ruído); papel do indivíduo na organização (e.g., responsabilidade associada à sua função); desenvolvimento da carreira (e.g., ausência de promoções); relacionamento laboral (e.g., relação com as chefias); e estrutura e clima organizacional (e.g., papel na tomada de decisões).

Quando as situações geradoras de *stress* se mantêm, o profissional tende a sentir-se desgastado, o que poderá ter consequências para o mesmo, tais como: desenvolvimento de problemas de saúde, aumento do risco de acidentes de trabalho, absentismo, *burnout*, diminuição da satisfação no trabalho, bem como, diminu-

ição da motivação dos profissionais (DeLongis, Folkman, & Lazarus 1988; Wingenfelf, Schulz, Damkroeger, Rose, & Driessen, 2009).

O *stress* sofrido pelos pacientes nos hospitais está associado à própria patologia (e.g., limitações provocadas pela patologia) e ao ambiente psicossocial do hospital (e.g., falta de privacidade). As consequências do *stress* para o paciente poderão evidenciar-se tanto a nível psicológico (e.g., sintomas de ansiedade) como a nível fisiológico (e.g., tensão muscular, pressão arterial) (Frankenhaeuser, 1980). Estas consequências podem ainda frequentemente refletir-se no funcionamento do sistema imunitário, dificultando o processo de recuperação (Kennedy, Glaser, & Kiecolt-Glaser, 1990). Também os familiares vivenciam muitas vezes *stress* associado ao estado de saúde do paciente, o que tem também impacto ao nível do sistema imunológico dos mesmos (Ulrich, 1991).

Quanto aos profissionais de saúde, o *stress* poderá estar associado ao facto de estes terem de enfrentar diariamente a dor e o sofrimento dos pacientes, lidar com os seus familiares, com situações de morte, sentimentos de fracasso e impotência associados ao estado de saúde dos pacientes, o que pode levar a conflitos interpessoais e a um constante desgaste (Ribeiro, Gomes, & Silva, 2010; Silva & Gomes, 2009). Oliveira e Pereira (2012) referem ainda a escassez de recursos, relações laborais, responsabilidade pelos pacientes e sobrecarga horária, como alguns dos principais fatores responsáveis pelo *stress* dos profissionais de saúde. Além disso, os profissionais de saúde têm que tomar frequentemente decisões importantes, o que muitas vezes aumenta o *stress* no trabalho.

Para além dos fatores já enumerados também o ambiente físico e as suas respetivas características podem ter influência no *stress* dos profissionais, como por exemplo, ruído, luminosidade, temperatura, decoração, entre outros (Applebaum et al., 2010; Vischer, 2007). Por outro lado, ambientes físicos agradáveis poderão ter um efeito atenuante ao nível do *stress*, o que por sua vez pode levar a uma redução do *stress* e melhor execução das tarefas (Parish et al., 2008).

2.2.4 Burnout

O *burnout* consiste numa resposta do indivíduo face ao *stress* crónico provocado por múltiplos aspetos da sua profissão. Considera-se o *burnout* como uma síndrome que se caracteriza pela exaustão e ausência de energia resultante de o profissional ter esgotado os seus recursos para responder às exigências laborais (Freundenberger, 1974; Schaufeli & Greenglass, 2001; Silva & Gomes, 2009). Al-

guns dos sinais físicos do *burnout* prendem-se com dores de cabeça, insónias e problemas gastrointestinais. Por sua vez, os sinais comportamentais relacionam-se com a frustração, elevada irritabilidade e resistência à mudança (Freundenberger, 1974).

Esta síndrome é exclusiva de trabalhadores/as, pois deriva de uma exposição prolongada do profissional em ambiente laboral a determinados estímulos causadores de *stress*, pelo que se considera que esta síndrome apresenta três diferentes dimensões, sendo elas: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal (Glasberg, Eriksson, & Norberg, 2007; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). A exaustão emocional consiste no peso emocional que o trabalho provoca no profissional, assim como, a sua dificuldade para conseguir responder às exigências do mesmo, sentindo-se sem recursos para o fazer. A despersonalização caracteriza-se pelo afastamento ou indiferença do profissional face àqueles que usufruem do serviço por si prestado, numa tentativa de proteção emocional. Quanto à realização pessoal, consiste no sentimento de competência em relação às atividades profissionais desenvolvidas, assim como, ao prazer e sentimento de realização a elas associado (Lee & Ashforth, 1996; Leiter & Maslach, 1988; Maslach et al., 2001).

O *burnout* pode manifestar-se em qualquer profissional, de qualquer área, embora pareça predominar de forma mais acentuada em profissionais pertencentes a serviços humanos ou cuidados de saúde, ou seja, que prestam assistência direta a pessoas e têm responsabilidade relativamente aos seus cuidados. A proximidade dos profissionais com outras pessoas com problemas ou em sofrimento, e a tomada de conhecimento das suas necessidades é um dos aspetos que leva a que os profissionais de saúde apresentem *burnout* com maior frequência relativamente a outros profissionais.

O contato intensivo com as pessoas pode conduzir a sentimentos de frustração, angústia e cansaço, uma vez que a pessoa tende a executar as tarefas com maior esforço, o que representa um maior risco de erro e um eventual comprometimento da qualidade do serviço prestado (Dias, Queirós, & Carlotto, 2010; Freudenberger, 1974; Leiter & Maslach, 1988; Maslach et al., 2001; Moreno et al., 2003; Prosser et al., 1999; Ríquez, Hernández, & Fernández, 2008). Este aspeto leva a que as profissões relacionadas com a saúde e prestação de serviços se caracterizem por uma presença maior de estímulos causadores de *stress*, logo maior

presença de *burnout* (Freundenberger, 1974; Maslach et al., 2001; Vicente, Oliveira, & Maroco, 2013).

Parecem existir algumas diferenças na presença desta síndrome no que diz respeito às classes profissionais em estudo, ou seja, enfermeiros e médicos, na medida em que os enfermeiros parecem apresentar uma maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de *burnout*, uma vez que experienciam frequentemente sentimentos de frustração e falta de controlo relativamente aos pacientes, devido ao facto de estarem dependentes do parecer dos médicos (Dias et al., 2010; Gunnarsdóttir, Clarke, Rafferty, & Nutbeam, 2009).

Parece ainda existir uma relação entre as características dos ambientes hospitalares e a presença de *burnout* nos profissionais de saúde, como por exemplo, existência de ruído, que parece estar relacionada com o *burnout* nos enfermeiros, isto quando o ruído se mantém persistentemente elevado, o que pode ter consequências para o profissional, assim como, para as pessoas que estão a beneficiar do seu serviço (Applebaum et al., 2010). Também num estudo realizado por Topf e Dillon (como citado em Andrade et al., 2013^a) se concluiu a existência de uma relação entre o ruído e o *stress* provocado nos profissionais de saúde, ruído esse que, quando persistente, conduzia a sintomas de *burnout*.

3. Formulação do problema de investigação

Tem vindo a verificar-se ao longo dos anos um notório interesse por parte da comunidade científica relativamente ao impacto que as características físicas dos ambientes hospitalares têm nos seus utilizadores, em especial, nos pacientes (e.g., Andrade et al., 2013^a; Stall, 2012; Ulrich et al., 2008). Contudo, a maior parte dos estudos tem centrado a sua atenção nos pacientes e nas características ambientais que podem favorecer a sua estadia no hospital, sendo que um menor número de estudos se debruça sobre profissionais de saúde, enquanto utilizadores diários dos hospitais e também influenciados pelo ambiente físico (Andrade et al., 2013^a). Os profissionais de saúde manifestam problemas relacionados com o seu trabalho, tais como: *burnout*, fadiga e absentismo, que poderão também estar relacionados com as características físicas do ambiente no qual trabalham (e.g., pouca exposição à luz natural, elevado ruído) (Andrade et al., 2017; Blomkvist, Eriksen, Theorell, Ulrich, & Rasmanis, 2005; Topf & Dillon, 1988).

O presente estudo tem como objetivo investigar em que medida as qualidades do ambiente físico hospitalar têm impacto no bem-estar dos profissionais de saúde, nomeadamente em termos de satisfação no trabalho, fadiga, *stress* e *burnout*. Com base na Teoria do *Design* de Suporte (Ulrich, 1991; 2001), investigou-se o impacto da perceção de controlo, suporte social e distração positiva proporcionadas pelo ambiente dos espaços dedicados exclusivamente aos profissionais de saúde.

3.1. Objetivo geral do estudo

O objetivo desta dissertação é investigar a influência das características do ambiente físico hospitalar na satisfação no trabalho, fadiga, *stress* e *burnout* dos profissionais de saúde (enfermeiros/as e médicos/as), com base na Teoria do *Design* de Suporte (Ulrich, 1991; 2001). Isto é, pretende-se estudar o papel da perceção de controlo, suporte social e distração positiva proporcionados pelo ambiente físico percecionados pelos profissionais de saúde. Para tal, este estudo concentrou-se nos espaços dos serviços hospitalares que os profissionais de saúde têm reservados para si e não nos espaços de trabalho onde contactam com os pacientes.

3.2. Hipóteses de estudo

Foram estabelecidas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1. Serviços com espaços reservados aos profissionais de saúde, avaliados objetivamente como oferecendo mais condições ambientais relacionadas com a percepção de controlo, suporte social e distração positiva, em comparação com serviços que oferecem menores condições nestas variáveis, são percebidos pelos mesmos como proporcionando níveis mais elevados de percepção de controlo, suporte social e distração positiva.

Hipótese 2. Serviços com espaços reservados aos profissionais de saúde, avaliados objetivamente como oferecendo mais condições ambientais relacionadas com a percepção de controlo, suporte social e distração positiva, em comparação com serviços que oferecem menores condições nestas variáveis, estão associados a maior satisfação no trabalho, e a níveis mais baixos de fadiga, *stress* e *burnout*.

Hipótese 3. Serviços com espaços reservados aos profissionais de saúde percebidos pelos mesmos como proporcionando níveis mais elevados de percepção de controlo, suporte social e distração positiva estão associados a maior satisfação no trabalho, e a níveis mais baixos de fadiga, *stress* e *burnout*.

Hipótese 4. As avaliações relativamente aos níveis de percepção de controlo, suporte social e distração positiva proporcionados pelo ambiente, assim como, o bem-estar, diferem entre médicos/as e enfermeiros/as, tanto para ambientes avaliados objetivamente como possuindo maiores ou menores condições ambientais relacionadas com a percepção de controlo, suporte social e distração positiva.

Ainda que não tenhamos encontrado literatura que aponte para a existência de diferenças ao nível das avaliações relativamente à percepção de qualidade ambiental entre médicos/as e enfermeiros/as, na prática estes profissionais de saúde tendem a utilizar os espaços que são lhes exclusivamente destinados em momentos do dia diferentes ou em quantidade de tempo diferentes, pelo que testaremos esta hipótese exploratória.

4. Método

4.1. Participantes

A seleção dos participantes foi realizada através de um processo não-probabilístico, ou seja, constituiu-se uma amostra de conveniência, intencional, via informadores privilegiados. Fazem parte da amostra 141 profissionais de saúde, 45 médicos/as e 96 enfermeiros/as, de cinco serviços diferentes de um hospital EPE em Portugal, que trabalham no referido hospital há pelo menos 6 meses e que aceitaram participar no estudo de forma voluntária e não remunerada. Foram assim excluídos da amostra todos os médicos/as e enfermeiros/as que trabalhavam no hospital há menos de seis meses, que não haviam ainda completado seis meses na profissão, que estavam de baixa ou licença parental e ainda que desistiram de participar a meio do estudo. Apresenta-se de seguida a tabela 1, com uma completa caracterização da amostra.

Tabela 1. *Caraterização da amostra*

Variável		Médicos/as		Enfermeiros/as	
		Frequência/ Percentagem		Frequência/ Percentagem	
Idade	Entre 20 e 30 anos	12	26.67%	25	26.04%
	Entre 30 e 40 anos	15	33.33%	48	50.00%
	Entre 40 e 50 anos	4	8.89%	13	13.54%
	Entre 50 e 60 anos	5	11.11%	10	10.42%
	Mais de 60 anos	9	20.00%	0	0.00%
	<i>Média (Desvio Padrão)</i>	41.37 (14.42)		35.63 (8.11)	
Género	Masculino	23	51.11%	16	16.67%
	Feminino	22	48.89%	80	83.33%
Estado civil	Casado/a	22	48.89%	44	45.83%
	Solteiro/a	14	31.11%	35	36.46%
	Viúvo/a	0	0.00%	2	2.08%
	União de facto	5	11.11%	13	13.54%
	Divorciado/a	4	8.89%	2	2.08%
Habilitações literárias	Licenciatura	27	60.00%	84	87.50%
	Mestrado	18	40.00%	12	12.50%

Variável		Médicos/as		Enfermeiros/as	
		Frequência/ Porcentagem		Frequência/ Porcentagem	
Tempo na profissão	Entre 6 meses e 5 anos	14	31.11%	21	21.88%
	Entre 5 e 10 anos	9	20.00%	34	35.42%
	Entre 10 e 20 anos	9	20.00%	23	23.96%
	Entre 20 e 30 anos	5	11.11%	16	16.67%
	Há mais de 30 anos	8	17.78%	2	2.08%
	<i>Média/ Desvio Padrão</i>	15.08/ 13.34		12.32/ 7.84	
Tempo na instituição	Entre 6 meses e 5 anos	18	40.00%	32	33.33%
	Entre 5 e 10 anos	10	22.22%	25	26.04%
	Entre 10 e 20 anos	6	13.33%	25	26.04%
	Entre 20 e 30 anos	7	15.56%	13	13.54%
	Há mais de 30 anos	4	8.89%	1	1.04%
	<i>Média/ Desvio Padrão</i>	12.08/ 12.44		10.48/8.34	
Tipo de contrato	Permanente	28	62.22%	88	91.67%
	A prazo	16	35.56%	5	5.21%
	Outro	1	2.22%	3	3.13%
Tipo de horário	Fixo	41	91.11%	15	15.63%
	Por turnos	4	8.89%	81	84.38%

4.2. Caracterização do contexto

O contexto escolhido para desenvolver a presente investigação é um hospital EPE de Portugal. Foram escolhidos dois Edifícios distintos deste mesmo hospital: o Edifício 1 e o Edifício 2. No Edifício 1, cuja última reformulação foi realizada no ano de 2000, foram recolhidos dados em dois dos seus serviços. No Edifício 2, reformulado pela última vez no ano de 1975, foram recolhidos dados em três dos seus serviços. Uma vez que os cinco serviços deste hospital possuem diferenças entre si em termos espaciais e de *design*, segue-se uma breve descrição de cada um deles, sem identificar os nomes dos serviços, por questões de confidencialidade.

O serviço 1 encontra-se no Edifício 2, foi reformulado pela última vez em 1975, possui 1.100 m², tem capacidade para aproximadamente 40 pacientes e possui 12 quartos triplos, 2 quartos duplos e 2 quartos individuais. Segundo a enfermeira-chefe o bar mais frequentado pelos profissionais encontra-se a cerca de

120 metros do serviço. De acordo com a enfermeira-chefe e o diretor do serviço os espaços para uso exclusivo dos profissionais, mais frequentados deste serviço são a copa, a sala polivalente, os gabinetes de enfermagem e o gabinete médico.

O serviço 2 encontra-se no Edifício 2, foi reformulado pela última vez em 1975, possui 1.100 m², tem capacidade para aproximadamente 40 pacientes e possui 14 quartos triplos e 4 quartos individuais. Segundo o enfermeiro-chefe o bar mais frequentado pelos profissionais de saúde encontra-se a cerca de 160 metros do serviço. De acordo com o enfermeiro-chefe e o diretor do serviço os espaços para uso exclusivo dos profissionais, mais frequentados deste serviço são a copa, os gabinetes de enfermagem, o vestiário e o gabinete médico.

O serviço 3 encontra-se no Edifício 2, foi reformulado pela última vez em 1975, possui 1.100 m², tem capacidade para aproximadamente 30 pacientes e possui 9 quartos triplos e 2 quartos individuais. Segundo a Enfermeira-chefe o bar mais frequentado pelos profissionais de saúde encontra-se a cerca de 140 metros do serviço. De acordo com a enfermeira-chefe e o diretor do serviço os espaços para uso exclusivo dos profissionais, mais frequentados deste serviço são a copa, os gabinetes de enfermagem, o vestiário e o gabinete médico.

O serviço 4 encontra-se no Edifício 1, foi reformulado pela última vez em 2000, possui 1.050 m², tem capacidade para aproximadamente 30 pacientes e possui 9 quartos triplos e 2 quartos individuais. Segundo a Enfermeira-chefe o bar mais frequentado pelos profissionais de saúde encontra-se a cerca de 80 metros do serviço. De acordo com a enfermeira-chefe e o diretor de serviço, os espaços para uso exclusivo dos profissionais, mais frequentados deste serviço são a copa, o gabinete de enfermagem, a sala de trabalho e gabinete médico.

O serviço 5 encontra-se no Edifício 1, foi reformulado pela última vez em 2000, possui 1.050 m², tem capacidade para aproximadamente 30 pacientes e possui 9 quartos triplos e 2 quartos individuais. Segundo o enfermeiro-chefe o bar mais frequentado pelos profissionais de saúde encontra-se a cerca de 50 metros do serviço. De acordo com o enfermeiro-chefe e a diretora de serviço os espaços para uso exclusivo dos profissionais, mais frequentados deste serviço são a copa, a sala polivalente, o gabinete de enfermagem e o gabinete médico.

A partir desta caracterização é possível supor que os serviços do Edifício 1, por terem sido remodelados mais recentemente, possam ter mais características promoto-

ras de percepção de controlo, distração positiva e suporte social, variabilidade esta que, existindo, é importante para testar as hipóteses em estudo.

4.3. Instrumentos

Na presente investigação foram utilizados dois instrumentos: uma grelha de observação do espaço (Pinto, 2016) (Anexo 1) preenchida pelas investigadoras, e um questionário para ser respondido pelos profissionais de saúde (Anexo 2).

4.3.1 Grelha de observação do espaço

Os espaços físicos dos cinco serviços hospitalares, identificados pelos enfermeiros-chefes e diretores de serviço como sendo os mais utilizados pelos profissionais foram avaliados, excluindo assim os espaços de trabalho onde os profissionais interagem com os pacientes, nomeadamente as enfermarias, gabinetes de consulta externa, urgência e bloco operatório.

Para a avaliação dos espaços físicos foi utilizada uma grelha de observação do espaço (Pinto, 2016), grelha esta que foi desenvolvida tendo por base a Teoria do *Design* de Suporte (Ulrich, 1991; 2001) e que avalia a presença de condições objetivas relacionadas com as três dimensões ambientais propostas pela teoria: percepção de controlo, suporte social e distração positiva. A grelha tem um total de 17 itens que descrevem características objetivas do espaço: 7 itens referentes à dimensão de percepção de controlo, 5 referentes à distração positiva e 5 itens referentes ao suporte social, sendo que para cada item existem três possíveis respostas, consoante a qualidade dos elementos presentes no ambiente em análise (e.g., item 8, “*Presença de janelas*”: 1. “*O número de janelas é desadequado*”; 2. “*O número de janelas é insuficiente*”; 3. “*O número de janelas é adequado*”). Na seguinte tabela indica-se o tipo de espaços avaliados em cada serviço:

Tabela 2. *Espaços avaliados em cada serviço*

Serviço	Espaços avaliados
Edifício 2 - Serviço 1	Copa, sala polivalente, gabinetes de enfermagem, gabinete médico
Edifício 2 - Serviço 2	Copa, gabinetes de enfermagem, vestiário, gabinete médico
Edifício 2 - Serviço 3	Copa, gabinetes de enfermagem, vestiário, gabinete médico
Edifício 1 - Serviço 4	Copa, gabinete de enfermagem, sala de trabalho, gabinete médico
Edifício 1 - Serviço 5	Copa, sala polivalente, gabinete de enfermagem, gabinete médico

Após o preenchimento da grelha de observação do espaço pelas investigadoras, em cada um dos serviços, as classificações foram discutidas através do acordo interjuízes, de forma a controlar enviesamentos, recorrendo às técnicas de consenso e reflexão falada (Fonseca, Silva, & Silva, 2007).

Calculada a média da pontuação de todos os itens para cada serviço, foi possível distinguir que, tal como esperado, os três serviços pertencentes ao Edifício 2, reformulados pela última vez em 1975, possuíam características inferiores do ponto de vista da qualidade ambiental, relativamente aos dois serviços pertencentes ao Edifício 1, que foi pela última vez reformulado em 2000 (Tabela 3).

Tabela 3. Avaliação dos espaços em cada serviço

Serviço	Perceção de controlo (Média)	Distração positiva (Média)	Suporte social (Média)	Média final do serviço
Edifício 2 - Serviço 1	2.20	1.86	1.82	5.90
Edifício 2 - Serviço 2	2.26	2.18	1.83	6.30
Edifício 2 - Serviço 3	2.40	2.02	2.26	6.70
Edifício 1 - Serviço 4	2.43	2.50	2.18	7.10
Edifício 1 - Serviço 5	2.43	2.30	1.33	7.10
Média da dimensão ambiental	2.34	2.17	1.61	

Tal como indicam os resultados apresentados na Tabela anterior, os serviços 1, 2 e 3 (do Edifício 2) foram avaliados como serviços que apresentam uma qualidade ambiental satisfatória do ponto de vista das suas características físicas e os serviços 4 e 5 (do Edifício 1) foram avaliados como serviços que apresentam uma qualidade ambiental ligeiramente superior aos restantes, o que seria esperado tendo em conta que o Edifício 1 é mais recente. Assim, embora as diferenças objetivas entre os dois edifícios se mostrem muito limitadas, as análises subsequentes com vista a testar as hipóteses de estudo irão comparar os serviços 1, 2 e 3 (do Edifício 2) com os serviços 4 e 5 (do Edifício 1). Os resultados também mostram

que, no geral, os serviços parecem apresentar menos condições para suporte social do que para percepção de controlo ou distração positiva.

4.3.2. Questionário

O questionário foi organizado em três partes. Na primeira parte os profissionais de saúde avaliaram a qualidade dos espaços do serviço a eles reservados, em termos de percepção de controlo, suporte social e distração positiva. A segunda parte incluiu questões de avaliação do bem-estar, nomeadamente, satisfação profissional, fadiga, *stress* e *burnout*, e a terceira parte destinou-se ao questionário sociodemográfico e laboral.

4.3.2.1. Escala de Percepção do *Design* de Suporte do Ambiente Hospitalar – Adaptação para profissionais de saúde

A escala de medida da percepção de controlo, suporte social e distração positiva proporcionadas pelo ambiente hospitalar, originalmente designada *Supportive Hospital Environment Design Scale* (SHEDS) é da autoria de Andrade e Devlin (2015), e foi desenvolvida para avaliar quartos de hospital, tendo sido posteriormente adaptada aos espaços dos profissionais de saúde. A escala contava inicialmente com 21 itens, embora estudos recentes tenham reduzido a escala de 21 para 15 itens (e.g., Andrade et al., 2017).

Para a adaptação da escala aos profissionais de saúde foram utilizados todos os 21 itens originais. Oito itens correspondem à dimensão da distração positiva, sete itens correspondem à dimensão de percepção de controlo e seis itens à dimensão de suporte social (Tabela 4).

Tabela 4. *Itens originais e itens adaptados aos profissionais de saúde*

Itens	Itens originais	Adaptação para os profissionais de saúde
<i>Percepção de controlo</i>		
1	Neste quarto de hospital sou capaz de controlar o meu ambiente.	Nestes espaços consigo ter controlo sobre o ambiente e o espaço.
3	Posso personalizar o meu quarto de hospital.	Posso personalizar/decorar destes espaços do serviço.
4	Os prestadores de cuidados de saúde têm controlo total sobre o meu quarto de	A administração do serviço tem controlo total sobre estes espaços.

	hospital durante a minha hospitalização.	
7	Posso controlar as características físicas do meu quarto de hospital.	Posso controlar as características físicas destes espaços.
11	Posso fazer escolhas sobre as características físicas do meu quarto de hospital.	Posso fazer escolhas sobre as condições físicas destes espaços.
15	Neste quarto de hospital posso ajustar, rearranjar e reorganizar as coisas conforme for necessário.	Nestes espaços posso ajustar, arranjar e organizar as coisas conforme for necessário.
21	Eu determino a organização/ aparência do meu quarto de hospital.	Eu posso determinar a organização/ aparência destes espaços.
<i>Suporte Social</i>		
2	Neste quarto de hospital há possibilidades de manter o contacto com pessoas próximas.	Nestes espaços há possibilidades de conversar com os colegas de trabalho.
5	Este quarto de hospital permite-me interagir com a família e amigos que me visitam.	Estes espaços permitem a convivência entre os colegas.
9	Este quarto de hospital proporciona boas oportunidades para se estabelecerem actividades sociais.	Estes espaços proporcionam boas oportunidades para interações sociais.
12	A minha família e os meus amigos sentiam-se confortáveis neste quarto de hospital.	Os meus colegas de trabalho sentem-se confortáveis nestes espaços.
17	Neste quarto de hospital poderia desfrutar da companhia de família e amigos.	Nestes espaços posso desfrutar da companhia dos meus colegas de trabalho.
20	Este quarto de hospital cria um ambiente de suporte para as visitas da família e dos amigos.	Estes espaços criam um ambiente agradável para mim e para os meus colegas de trabalho.
<i>Distração Positiva</i>		
6	Neste quarto de hospital a minha atenção é atraída para coisas interessantes.	Nestes espaços a minha atenção é atraída para coisas interessantes.

8	Há muito para explorar e descobrir neste quarto de hospital.	Há muito para explorar e descobrir nestes espaços.
10	Neste quarto de hospital eu iria passar tempo a olhar à volta.	Nestes espaços eu passo tempo a olhar ao meu redor.
13	Neste quarto de hospital há objetos que atraem a minha atenção.	Nestes espaços há coisas que atraem a minha atenção.
14	Neste quarto de hospital fico absorvido/a pelo ambiente envolvente.	Nestes espaços fico absorvido/a pelo ambiente envolvente.
16	Neste quarto de hospital há muito com que me entreter.	Nestes espaços tenho muito com que me entreter.
18	Neste quarto o tempo passaria rápido.	Nestes espaços o tempo passa rápido.
19	Estar neste quarto facilita a experiência de estar doente num hospital.	Estes espaços facilitam a experiência de trabalhar num hospital.

A escala de resposta, é uma escala de tipo *Likert* de 5 pontos que varia entre 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente). No que concerne às propriedades psicométricas, mais concretamente à consistência interna, a dimensão de perceção de controlo apresenta um *Alpha* de Cronbach de .91, a dimensão suporte social apresenta um *Alpha* de Cronbach de .90 e a dimensão de distração positiva apresenta um *Alpha* de Cronbach de .91 (Andrade & Devlin, 2015).

Considerou-se que após uma avaliação do ambiente físico detalhada através da SHEDS, seria interessante colocar uma questão mais geral sobre a satisfação dos profissionais de saúde relativamente ao ambiente físico do serviço. Desta forma, colocou-se aos profissionais de saúde a seguinte questão: *“Considerando todos os aspetos, de um modo geral, quão satisfeito/a está com o ambiente físico (caraterísticas ambientais e espaciais) do seu local de trabalho?”*. Esta avaliação foi feita através de uma escala de resposta que varia entre 1 (Nada satisfeito/a) e 10 (Muitíssimo satisfeito/a).

4.3.2.2 Escala de Avaliação de Fadiga

A Fatigue Assessment Scale (FAS) é uma escala desenvolvida por Michiel- sen, De Vries, Van Heck, Van de Vijver, e Sijsma (2004) que tem como objetivo avaliar os níveis de fadiga dos sujeitos nos últimos 30 dias. Esta escala é composta por um total de 10 itens e possui uma escala de resposta tipo *Likert*, de cinco pon-

tos: 1 (nunca), 2 (raramente), 3 (algumas vezes), 4 (frequentemente) e 5 (sempre). A escala possui um *Alpha* de Cronbach de .90, sendo que no que respeita à sua cotação, esta é realizada através da soma de todos os itens, onde o mínimo é 10 e o máximo 50 pontos. Nesta investigação foi utilizada a tradução para português de Vitorino (2016), também esta composta por 10 itens (e.g., item 1 “*Sinto-me exausto/a fisicamente*”), com uma escala de resposta de 4 pontos, sendo 1 (nunca), 2 (às vezes), 3 (frequentemente) e 4 (sempre) e um *Alpha* de Cronbach de .71.

4.3.2.3 Escala de Stress Percebido

A Perceived Stress Scale (PSS) foi desenvolvida por Cohen, Kamarck, e Mermelstein (1983) e tem como objetivo avaliar o *stress* percebido. Este instrumento refere-se às experiências do sujeito no último mês, uma vez que o *stress* é influenciado por múltiplos eventos, pelo que se pode alterar com o passar das semanas. A versão utilizada na presente investigação foi a Escala de Stress Percebido, uma versão adaptada e validada para a população portuguesa de Trigo, Canudo, Branco, e Silva (2010). Tal como a versão original, da PSS de Cohen e colaboradores (1983), esta versão portuguesa conta com 10 itens (e.g., item 10 “*Sentiu que as dificuldades se estavam a acumular tanto que não as conseguia ultrapassar?*”), uma escala de resposta tipo *Likert* de cinco pontos, sendo 0 (nunca), 1 (quase nunca), 2 (algumas vezes), 3 (frequentemente), 4 (muito frequentemente) e apresenta um *Alpha* de Cronbach de .87 (Trigo et al., 2010).

4.3.2.4. Escala de satisfação no trabalho

A escala de satisfação no trabalho utilizada na presente investigação tem por base a escala desenvolvida por Brayfield e Rothe (1951), uma vez que é a escala mais frequentemente utilizada no estudo desta temática (Judge & Klinger, 2008). A partir da escala de Brayfield e Rothe (1951), Judge, Bono, e Locke (2000) obtiveram uma versão reduzida da mesma, com cinco itens, dois deles de cotação inversa (item 3 e item 5), sendo que, no que se refere às suas propriedades psicométricas, apresenta uma consistência interna de .80 (Judge & Klinger, 2008).

A escala utilizada na presente investigação é uma adaptação portuguesa de Simões (2017), uma vez que esta escala não se encontra ainda aferida para a população portuguesa. Esta escala possui cinco itens (e.g., item 1 “*Sinto-me bastante satisfeito/a com o meu emprego atual*”) e a resposta a cada item é dada numa escala tipo *Likert*, de sete pontos, entre 1 e 7, sendo: 1 (discordo totalmente), 2 (discordo bastante); 3 (discordo); 4 (nem concordo nem discordo); 5 (concordo); 6

(concordo bastante) e 7 (concordo totalmente). A adaptação utilizada (Simões, 2016) apresenta um *Alpha* de Cronbach de .88.

4.3.2.5. Inventário de *Burnout* de Maslach – Prestadores de serviços humanos

Embora existam diversos instrumentos que permitem avaliar o *burnout*, o instrumento mais frequentemente utilizado para a sua avaliação deste nos profissionais de saúde é o Maslach *Burnout* Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) da autoria de Maslach e Jackson (1996). Procedeu-se à escolha do MBI-HSS, uma das versões do Maslach *Burnout* Inventory para avaliar o *burnout* nos profissionais de saúde, uma vez que, para além de ser o instrumento de avaliação mais utilizado em investigações sobre a temática é também adequado ao público-alvo em estudo (Schaufeli & Greenglass, 2001). Este instrumento apresenta, relativamente à consistência interna um *Alpha* de Cronbach de .90 na subescala de exaustão Emocional, .79 na subescala de despersonalização e .71 na subescala de realização pessoal (Vicente et al., 2013). O MBI-HSS avalia aquelas que são consideradas por Maslach e Jackson (1996) como as principais dimensões do *burnout*, exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal.

A versão utilizada na presente investigação é uma adaptação portuguesa de Pinto (2002), realizada a partir do Maslach *Burnout* Inventory-Human Service Survey (MBI-HSS) de Maslach & Jackson (1996). Esta conta com um total de 22 itens, possuindo uma escala de resposta tipo *Likert* de sete pontos: 0 (nunca), 1 (algumas vezes, ou menos, por ano), 2 (uma vez, ou menos, por mês), 3 (algumas vezes por mês), 4 (uma vez por semana), 5 (algumas vezes por semana) e 6 (todos os dias). Quanto aos itens, estes encontram-se distribuídos por três diferentes subescalas, sendo que cada uma das subescalas corresponde a uma das dimensões do *burnout*. Existem assim, 9 itens referentes à exaustão emocional, 5 correspondentes à despersonalização e 8 à realização pessoal, sendo que estes últimos têm de ser invertidos, de forma a obter a baixa realização pessoal (Tabela 5).

Tabela 5. *Itens correspondentes às dimensões do Inventário de Burnout de Maslach – Prestadores de serviços humanos*

Dimensão	Itens	Exemplo
Exaustão Emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	Item 1. <i>“Sinto-me emocionalmente esgotada/o pelo meu trabalho”.</i>
Despersonalização	5, 10, 11, 15, 22	Item 10. <i>“Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão”.</i>
Realização Pessoal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	Item 7. <i>“Lido muito eficazmente com os problemas dos meus pacientes”.</i>

Relativamente às propriedades psicométricas da adaptação portuguesa do MBI-HSS, os valores do *Alpha* de Cronbach das três dimensões são de .89 para a subescala de exaustão Emocional, .65 para a subescala de despersonalização e .70 para a subescala de realização Pessoal. Quanto à cotação do MBI-HSS, procede-se à soma dos resultados por subescala e não a um somatório total, uma vez que o resultado obtido em cada subescala permite uma melhor perceção da dimensão ou dimensões, mais afetadas pelo *burnout*, enquanto que o somatório por si só não revela muito sobre o *burnout* num dado sujeito. Quanto mais elevadas forem as pontuações nas subescalas de exaustão emocional e despersonalização e menor na subescala de realização pessoal mais elevado é o nível de *burnout* em cada uma das dimensões (Vicente et al., 2013).

4.3.2.6. Questionário Sociodemográfico e Laboral

O questionário sociodemográfico e laboral teve como objetivo a recolha de informações como, idade, género, estado civil, habilitações literárias, categoria profissional, tempo de exercício profissional (na profissão, na instituição, no serviço, na especialidade), tipo de contracto, tipo de horário e número de horas de trabalho.

4.4. Procedimento

Em primeiro lugar, procedeu-se ao pedido de autorização para a realização da investigação à Comissão de Ética da Universidade de Évora e à Comissão de Ética do hospital, autorização essa que foi recebida em Novembro de 2016. Posteriormente foi enviado um pedido de autorização para a realização da investigação para a Comissão de Ética para a Saúde do hospital e Conselho de Administração do mesmo, autorização esta que foi concedida em Março de 2017, mas foi apenas para despacho em Maio de 2017.

Ainda em Maio foram enviados dois pedidos de autorização para a diretora clínica e o enfermeiro diretor, com o objetivo de nos serem permitidas visitas aos serviços, de explicar a investigação e de pedir autorização para a aplicação dos questionários e da grelha de observação do espaço nos serviços dispostos a participar. Contactaram-se também os enfermeiros chefes e diretores de serviço para explicar a investigação, como uma via de facilitar a aproximação entre a investigadora e os profissionais de saúde. Após obtidas as autorizações, iniciaram-se as visitas os serviços para avaliar os espaços para uso exclusivo dos profissionais de saúde tendo por base a grelha de observação do espaço.

Em Junho de 2017 deu-se início à recolha dos dados por questionário, que terminou em Julho de 2017. A recolha de dados foi precedida de contacto com os responsáveis de cada serviço (enfermeiros-chefes e diretores clínicos) com o objetivo de explicar o estudo, os seus objetivos e esclarecer as questões relacionadas com a confidencialidade, participação voluntária, ausência de remuneração e possibilidade de desistência a qualquer momento. Consoante a decisão dos responsáveis pelos serviços, os questionários foram distribuídos pelos profissionais de saúde pelos seus superiores (enfermeiros-chefes ou diretores dos serviços), ou foi marcado um horário para os questionários serem distribuídos pela investigadora de forma individual a cada profissional.

5. Resultados

5.1. Procedimento de análise dos dados

Primeiramente procedeu-se à análise dos resultados da grelha de observação do espaço, após as visitas ao hospital. Foram realizadas as médias das avaliações dos espaços de cada serviço e posteriormente foi obtido um consenso interjuízes, de forma a categorizar os serviços para as análises seguintes. Depois deste primeiro procedimento de análise de dados foi criada uma base de dados no programa Microsoft Office Excel e seguiu-se a fase de inserção dos dados na mesma e de seguida a base de dados foi colocada no programa IBM SPSS 22.0. Já com a base de dados no IBM SPSS 22.0, primeiramente foi testada a consistência interna dos itens de cada uma das escalas utilizadas na presente investigação. Seguidamente foi verificada a estrutura fatorial da Escala de *Stress* Percebido e da Escala de Percepção do *Design* de Suporte do Ambiente Hospitalar – Adaptação para profissionais de saúde. Por último, foram feitas análises de variância através da ANOVA *one-way* e correlações de Pearson, com a finalidade de testar das hipóteses de estudo.

5.2. Análises fatoriais e de consistência interna das escalas

Precedentemente à análise dos resultados foi testada a consistência interna dos itens de cada uma das escalas de medida do bem-estar utilizadas na presente investigação, com o objetivo de perceber se as mesmas mantinham as dimensões e os itens correspondentes às versões originais (Tabela 6).

Tabela 6. *Valores de consistência interna das escalas*

Escala	Número de itens	<i>Alpha</i> de Cronbach
Satisfação no Trabalho	5	.84
Avaliação de Fadiga	10	.88
<i>Stress</i> Percebido	10	.57
<i>Burnout</i> - Exaustão Emocional	9	.91
<i>Burnout</i> – Despersonalização	5	.69
<i>Burnout</i> - Realização pessoal	8	.76

A escala de *Stress* Percebido obteve um valor de *Alpha* de Cronbach considerado abaixo do aceitável. Assim optou-se por fazer uma análise fatorial exploratória para examinar a estrutura fatorial desta escala (ver Tabela 7). Na análise fatorial com

rotação Varimax, a Escala de *Stress* Percebido resultou em dois fatores, sendo que o fator 1, devido ao conteúdo das questões foi denominado de “Dificuldades” e é constituído por 6 itens que explicam 45.16% da variância, enquanto o fator 2, foi denominado de “Capacidades” e é constituído por 5 itens que explicam 16.34% da variância. Separadamente, o fator 1 (“Dificuldades”) obteve um *Alpha* de Cronbach de .86 e o fator 2 (“Capacidades”) obteve um *Alpha* de Cronbach de .77.

Tabela 7. *Escala de Stress Percebido - Análise fatorial exploratória: pesos fatoriais, variância explicada e Alpha de Cronbach*

Itens	Fatores	
	Dificuldades	Capacidades
Sentiu-se incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?	.822	-.089
Sentiu-se nervoso/a e em <i>stress</i> ?	.787	-.248
Esteve preocupado/a por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?	.773	.122
Sentiu que as dificuldades se estavam a acumular tanto que não as conseguia ultrapassar?	.719	-.426
Sentiu-se furioso/a por coisas que ultrapassaram o seu controlo?	.661	-.217
Sentiu que não aguentava com as coisas todas que tinha para fazer?	.623	-.395
Sentiu confiança na sua capacidade para enfrentar os seus problemas pessoais?	-.094	.803
Sentiu que as coisas estavam a correr à sua maneira?	-.294	.795
Foi capaz de controlar as suas irritações?	.015	.735
Sentiu ter tudo sob controlo?	-.347	.643
Variância Explicada	45.157	16.344
<i>Alpha</i> de Cronbach	.857	.773

Foi também testada a estrutura fatorial da Escala de Perceção do *Design* de Suporte do Ambiente Hospitalar – Adaptação para profissionais de saúde, constituída por 21 itens. Após a análise fatorial foram retirados 7 itens (itens 1, 4, 7, 16, 18, 19, 20) porque apresentaram baixos valores de peso fatorial ou contribuíam para mais do que

um fator. A escala final ficou assim com 14 itens, distribuídos por 3 fatores que permitem explicar 58.62 % da variância total. O primeiro fator, denominado de Suporte Social e é constituído por 5 itens, e contribui para a explicação de 20.86% da variância; o segundo fator, correspondente à dimensão Distração Positiva é constituído por 5 itens e contribui para a explicação de 19.77% da variância. Finalmente, o terceiro fator, denominado de Percepção de controlo, é constituído por 4 itens, e contribui para a explicação de 17.99% da variância (ver tabela 8.).

Tabela 8. *SHEDS- Análise fatorial exploratória: pesos fatoriais, variância explicada e Alpha de Cronbach*

Itens	Fatores		
	Suporte Social	Distração Positiva	Percepção de Controlo
Estes espaços permitem a convivência entre os colegas.	.813	.118	.127
Nestes espaços há possibilidades de conversar com os colegas de trabalho.	.803	-.114	.083
Nestes espaços posso desfrutar da companhia dos meus colegas de trabalho.	.771	.108	.178
Estes espaços proporcionam boas oportunidades para interações sociais.	.651	.320	.117
Os meus colegas de trabalho sentem-se confortáveis nestes espaços.	.578	.385	.164
Nestes espaços há coisas que atraem a minha atenção.	.128	.742	.166
Nestes espaços fico absorvido/a pelo ambiente envolvente.	-.006	.741	.244
Nestes espaços eu passo tempo a olhar ao meu redor.	.097	.698	.000
Há muito para explorar e descobrir nestes espaços.	.069	.636	.250
Nestes espaços a minha atenção é atraída para coisas interessantes.	.333	.591	.112
Eu posso determinar a organização/ aparência destes espaços.	.003	.085	.869
Posso personalizar/decorar estes espaços do serviço.	.175	.124	.757

Posso fazer escolhas sobre as condições físicas desses espaços.	.189	.278	.701
Nestes espaços posso ajustar, arranjar e organizar as coisas conforme for necessário.	.232	.198	.663
% de Variância Explicada	20.86	19.77	17.99
<i>Alpha</i> de Cronbach	.815	.760	.791

5.3. Teste de hipóteses

5.3.1. Teste da hipótese 1: Comparação entre a avaliação objetiva e subjetiva da qualidade dos espaços dos serviços pertencentes aos Edifícios 1 e 2, em termos de percepção de controlo, suporte social e distração positiva.

Recorreu-se a uma ANOVA *one-way* com o objetivo de verificar se os serviços do Edifício 1, avaliados objetivamente como possuindo qualidades ambientais superiores aos serviços do Edifício 2, são também assim avaliados pelos profissionais de saúde que neles trabalham.

Tabela 9. *Comparação das variáveis de design entre os profissionais de saúde do Edifício 1 e do Edifício 2 - Resultado do teste ANOVA*

Variáveis	Serviços do Edifício 1 <i>Média (DP)</i>	Serviços do Edifício 2 <i>Média (DP)</i>	<i>F</i>	<i>Sig</i>
Percepção de controlo	18.19 (4.03)	18.26 (4.08)	.010	.921
Suporte social	19.88 (3.93)	19.22 (3.67)	.99	.319
Distração positiva	21.45 (4.85)	20.56 (4.88)	1.07	.302

Os resultados indicaram que não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à percepção da qualidade ambiental dos espaços em termos de percepção de controlo, suporte social e distração positiva e entre os profissionais de saúde que trabalham no Edifício 1 (mais recente e avaliado como tendo mais qualidade ambiental) e no Edifício 2 (mais antigo e avaliado como tendo menor qualidade ambiental) (Tabela 9). Posto isto, a hipótese 1 não se confirmou.

5.3.2 Teste da hipótese 2: Comparação entre as qualidades objetivas dos espaços do Edifício 1 e 2 em termos de medidas de bem-estar dos profissionais de saúde.

Recorreu-se a uma ANOVA *one-way* com o objetivo de verificar se nos serviços do Edifício 1, avaliados objetivamente como possuindo mais qualidade ambiental do que os serviços do Edifício 2, os profissionais de saúde apresentam níveis mais positivos de bem-estar em termos de satisfação no trabalho, fadiga, *stress* e *burnout* do que os profissionais de saúde que trabalham no Edifício 2.

Tabela 10. Comparação das variáveis de bem-estar entre os profissionais de saúde do Edifício 1 e do Edifício 2 - Resultado do teste ANOVA

Variáveis	Serviços do Edifício 1 <i>Média (DP)</i>	Serviços do Edifício 2 <i>Média (DP)</i>	<i>F</i>	<i>Sig</i>
Fadiga	19.71 (4.24)	19.72 (4.75)	.00	.894
Satisfação no trabalho	23.15 (4.67)	23.28 (5.29)	.02	.547
<i>Stress</i> percebido: Capacidades	5.84 (2.21)	5.61 (2.18)	.36	.634
<i>Stress</i> percebido: Dificuldades	10.72 (3.52)	10.38 (4.28)	.22	.882
<i>Burnout</i> : Exaustão emocional	22.03 (10.61)	23.17 (11.27)	.34	.557
<i>Burnout</i> : Despersonalização	6.06 (4.72)	6.25 (4.79)	.05	.817
<i>Burnout</i> : Baixa realização pessoal	11.84 (6.25)	11.87 (6.38)	.00	.975
Satisfação geral com o serviço	5.56 (1.28)	5.04 (1.64)	2.04	.156

Os resultados mostraram que não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente aos níveis de satisfação no trabalho, fadiga, *stress* e *burnout* entre os profissionais de saúde que trabalham nos Edifícios 1 (mais recente e avaliado objetivamente como tendo maior qualidade ambiental) e 2 (mais antigo e avaliado objetivamente como tendo menor qualidade ambiental) (Tabela 10), pelo que a hipótese 2 não se confirma.

5.3.3 Teste da hipótese 3: Relação entre as percepções dos espaços do Edifício 1 e 2 em termos percepção de controlo, suporte social e distração positiva e as medidas de bem-estar dos profissionais de saúde.

Para testar a hipótese 3 procedeu-se a uma análise de correlações de Pearson de forma a compreender se percepções de controlo, distração positiva e suporte social mais elevadas correspondem a mais satisfação no trabalho e menores níveis de fadiga, *stress* e *burnout*. A partir do coeficiente de correlação é possível compreender a intensidade da relação entre duas variáveis, pelo que quando o coeficiente de correlação é inferior a .25 a correlação é fraca, quando o coeficiente de correlação se encontra entre .25 e .50 a correlação é moderada, quando o coeficiente de correlação se encontra entre .50 e .75 significa que a correlação é forte e quando o coeficiente de correlação é superior a .75 indica a existência de correlação muito fortes (Marôco, 2011).

Tabela 11. *Relação entre as percepções do ambiente e variáveis de bem-estar - Resultado das correlações de Pearson*

Variáveis	Percepção de controlo	Distração positiva	Suporte social
Distração positiva	.493 ^{***}		
Suporte Social	.409 ^{***}	.485 ^{***}	
Satisfação no trabalho	.184 ^{**}	.173 [*]	.423 ^{***}
Fadiga	-.203 [*]	-.197 [*]	-.418 ^{***}
Stress percebido: Capacidades	-.142	-.190 [*]	-.284 ^{***}
Stress percebido: Dificuldades	-.322 ^{***}	-.278 ^{**}	-.377 ^{***}
Burnout: Exaustão emocional	-.244 ^{***}	-.307 ^{***}	-.381 ^{***}
Burnout: Despersonalização	-.041	-.104	-.163
Burnout: Baixa realização pessoal	-.046	-.066	-.370 ^{***}
Satisfação geral com o serviço	.393 ^{***}	.607 ^{***}	.634 ^{***}

Nota: $p < 0.001$ ^{***}; $p < 0.01$ ^{**}; $p < 0.05$ ^{*}

Os resultados indicam que as três dimensões da Teoria do *Design* de Suporte, se correlacionam significativamente e de forma positiva entre si (Tabela 11). A

percepção de controlo apresenta uma relação moderada e significativa com a distração positiva ($r = .493^{***}$) e com o suporte social ($r = .409^{***}$). A distração positiva apresenta uma relação significativa e moderada com o suporte social ($r = .485^{***}$). Estes resultados indicam que, no geral, quando os profissionais de saúde consideram que os espaços físicos do hospital que lhes são reservados têm condições que lhes permitem exercer controlo ambiental, estes também tendem a ser percebidos como tendo condições de distração positiva e suporte social.

Os resultados indicam também a existência de uma correlação significativa, negativa e moderada entre a percepção de controlo e o *stress* percebido (dificuldades) ($r = -.322^{***}$), uma correlação fraca e significativa com o *burnout* (exaustão emocional) ($r = -.244^{***}$) e com a fadiga ($r = -.203^*$). Isto significa que, em parte, a percepção de que o ambiente não proporciona condições de controlo ambiental está associada a mais *stress*, exaustão emocional e fadiga. Por outro lado, a percepção de controlo apresenta uma correlação positiva moderada e significativa com a satisfação geral com o serviço ($r = .393^{***}$) e com a satisfação no trabalho ($r = .184^{**}$), ainda que esta última seja fraca. Isto quer dizer que a percepção de que o ambiente proporciona condições de controlo ambiental está associada com o trabalho, mas sobretudo a mais satisfação com o serviço.

Quanto à distração positiva, verificou-se uma relação negativa moderada e significativa com o *stress* percebido (dificuldades) ($r = -.278^{**}$) e com o *burnout* (exaustão emocional) ($r = -.307^{***}$) e uma relação negativa fraca e significativa com a fadiga ($r = -.197^*$) e o *stress* percebido (capacidades) ($r = -.190^*$). Estes resultados indicam que também a percepção de que o ambiente não proporciona condições de distração positiva está associada a mais *stress*, *burnout* e fadiga. Importa referir que a distração positiva apresenta ainda uma correlação positiva forte e significativa com a satisfação geral com o serviço ($r = .607^{***}$) e uma correlação também ela positiva e significativa, mas fraca com a satisfação no trabalho ($r = .173^*$), indicando que a percepção de que o ambiente proporciona condições de distração positiva está associada a mais satisfação com o serviço e também, ligeiramente, a mais com o trabalho.

A variável suporte social parece ser a variável de *design* que mais associada se encontra ao bem-estar dos profissionais. Os resultados indicam que existe uma correlação positiva moderada e significativa entre a percepção de suporte social suportado pelo *design* do ambiente e a satisfação no trabalho ($r = .423^{***}$) e uma

relação positiva forte e significativa com a satisfação geral com o serviço ($r = .634^{***}$). Por outro lado, a percepção de suporte social encontra-se ainda correlacionada de forma negativa moderadamente e significativamente com a fadiga ($r = -.418^{***}$), o *stress* percebido (capacidades) ($r = -.284^{***}$), o *stress* percebido (dificuldades) ($r = -.377^{***}$), o *burnout* (exaustão emocional) ($r = -.381^{***}$) e o *burnout* (baixa realização pessoal) ($r = -.370^{***}$), apenas não apresentando nenhuma relação com o *burnout* (despersonalização) ($r = -.163$). Os resultados indicam que quanto maior a percepção de que o *design* dos espaços proporciona suporte social, maiores os níveis de satisfação com o serviço e satisfação com o trabalho, e menores os níveis de fadiga, *stress* e *burnout*.

Assim, de uma forma geral, as relações entre as variáveis apresentam-se conforme o esperado: quanto maior a percepção dos profissionais acerca do controlo, suporte social e distração positiva que podem obter nos espaços hospitalares a eles reservados, maior a sua satisfação com o trabalho e com o serviço e, menores os níveis de fadiga, *stress* e *burnout*, o que parece confirmar a hipótese 3.

5.3.4. Teste da hipótese 4: Comparação entre as percepções de controlo, distração positiva e suporte social e as medidas de bem-estar de médicos/as e enfermeiros/as do Edifício 1 e Edifício 2.

Realizaram-se duas ANOVAs *one-way* com o objetivo de explorar se existem diferenças nos níveis de percepção de controlo, suporte social e distração positiva e nas medidas de bem-estar de médicos/as e enfermeiros/as. Estas análises foram feitas em separado, para os profissionais que trabalham no Edifício 1 (edifício mais recente e cujos espaços dos serviços foram avaliados objetivamente como tendo melhores propriedades ambientais) e no Edifício 2 (edifício mais antigo e cujos espaços dos serviços foram avaliados objetivamente como tendo propriedades ambientais inferiores).

Tabela 12. Comparação das variáveis de design e bem-estar entre Enfermeiros/as e Médicos/as do Edifício 1 - Resultado do teste ANOVA

Variáveis	Enfermeiros/as Média (DP)	Médicos/as Média (DP)	F	Sig
Perceção de Controlo	17.27 (2.49)	19.88 (5.62)	5.30	.026
Suporte social	18.09 (2.85)	23.16 (3.55)	30.93	.001
Distração positiva	21.03 (4.24)	22.22 (5.85)	.66	.407
Fadiga	20.63 (3.85)	18.00 (4.48)	4.85	.032
Stress percebido - Capacidades	6.24 (1.98)	5.11 (2.47)	3.17	.081
Stress percebido - Dificuldades	11.63 (2.58)	9.05 (4.39)	7.00	.011
Satisfação no trabalho	21.84 (4.72)	25.55 (3.60)	8.39	.006
Burnout - Exaustão emocional	25.09 (10.03)	16.44 (9.53)	8.95	.004
Burnout - Despersonalização	7.15 (5.37)	4.11 (2.32)	5.19	.027
Burnout- Baixa realização pessoal	13.96 (5.93)	7.94 (4.86)	13.52	.001
Satisfação geral com o serviço	5.00 (1.06)	6.25 (1.21)	8.07	.009

Em relação ao Edifício 1, os resultados indicam que os médicos/as têm perceções mais elevadas sobre o ambiente hospitalar em termos de este proporcionar oportunidades de controlo ($M = 19.88$, $DP = 5.62$ vs. $M = 17.27$, $DP = 2.49$, $p = .026$) e suporte social ($M = 23.16$, $DP = 3.55$ vs. $M = 18.09$, $DP = 2.85$, $p = .001$) do que os enfermeiros/as. No entanto, não há diferenças significativas entre as perceções dos médicos/as e dos enfermeiros/as relativamente aos níveis de distração positiva proporcionados pelo ambiente ($M = 22.22$, $DP = 5.85$ vs. $M = 21.03$, $DP = 4.24$, $p = .407$) (Tabela 12).

Em relação aos níveis de bem-estar verificam-se diferenças estatisticamente significativas em todas as variáveis, à exceção do *stress* percebido (capacidades) em que existe apenas uma diferença marginalmente significativa entre médicos/as e enfermeiros/as ($M = 5.11$, $DP = 2.47$ vs. $M = 6.24$, $DP = 1.98$, $p = .081$), sendo que os/as médicos/as apresentam menor *stress* percebido (capacidades) comparativamente aos enfermeiros/as do mesmo Edifício.

Os resultados permitem-nos perceber que existem diferenças estatisticamente significativas entre as duas classes profissionais, sendo que os/as médicos/as reportam menores níveis de fadiga ($M = 18.00$, $DP = 4.48$ vs. $M = 20.63$, DP

= 3.85, $p = .032$), *stress* percebido (dificuldades) ($M = 9.05$, $DP = 4.39$ vs. $M = 11.63$, $DP = 2.58$, $p = .011$), *burnout* (exaustão emocional) ($M = 16.44$, $DP = 9.53$ vs. $M = 25.09$, $DP = 10.03$, $p = .004$), *burnout* (despersonalização) ($M = 4.11$, $DP = 2.32$ vs. $M = 7.15$, $DP = 5.37$, $p = .027$), *burnout* (baixa realização pessoal) ($M = 7.94$, $DP = 4.86$ vs. $M = 13.96$, $DP = 5.93$, $p = .001$), assim como maior satisfação no trabalho ($M = 25.55$, $DP = 3.60$ vs. $M = 21.84$, $DP = 4.72$, $p = .006$) e maior satisfação geral com o serviço ($M = 6.25$, $DP = 1.21$ vs. $M = 5.00$, $DP = 1.06$, $p = .009$).

Desta forma verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre médicos/as e enfermeiros/as do Edifício 1, no sentido em que os/as médicos/as percebem que o ambiente hospitalar lhes oferece maior controlo e suporte social e apresentam resultados significativamente melhores nas variáveis de bem-estar, comparativamente aos enfermeiros/as desse mesmo Edifício.

Tabela 13. Comparação das variáveis de design e bem-estar entre Enfermeiros/as e Médicos/as do Edifício 2 - Resultado do teste ANOVA

Variáveis	Enfermeiros Média (DP)	Médicos Média (DP)	F	Sig
Perceção de controlo	18.57 (3.74)	17.55 (4.79)	1.17	.282
Suporte social	18.79 (3.56)	20.22 (3.78)	2.92	.091
Distração positiva	20.60 (4.69)	20.48 (5.38)	.01	.914.
Fadiga	20.36 (4.62)	18.22 (4.79)	3.96	.050
Stress percebido - Capacidades	5.74 (2.14)	5.29 (2.26)	.80	.373
Stress percebido - Dificuldades	10.47 (4.22)	10.18 (4.50)	.08	.770
Satisfação no trabalho	22.69 (4.82)	24.66 (6.12)	2.66	.106
Burnout - Exaustão emocional	24.40 (11.18)	20.37(11.17)	2.44	.121
Burnout - Despersonalização	6.22 (4.71)	6.33 (5.06)	.01	.920
Burnout - Baixa realização pessoal	13.41 (6.08)	8.29 (5.65)	13.91	.001
Satisfação geral com o serviço	4.97 (1.54)	5.16 (1.86)	.15	.695

Em relação ao Edifício 2, é possível observar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as perceções de controlo, suporte social e distração positiva proporcionadas pelo ambiente, entre médicos/as e enfermeiros/as (Tabela 13). Verificam-se diferenças estatisticamente significativas apenas ao nível da fadiga, sendo que os/as médicos/as apresentam menores níveis de fadiga comparativamente

com os/as enfermeiros/as ($M = 18.22$, $DP = 4.79$ vs. $M = 20.36$, $DP = 4.62$, $p = .050$) e no *burnout* (baixa realização pessoal), em que os/as médicos/as apresentam níveis superiores de realização profissional comparativamente com os/as enfermeiros/as ($M = 8.29$, $DP = 5.65$ vs. $M = 13.41$, $DP = 6.08$, $p = .001$).

Em suma, podemos assumir que se confirma parcialmente a hipótese 4. Consistentemente, os/as enfermeiros/as reportam níveis inferiores de bem-estar e de percepção do ambiente em relação aos níveis de bem-estar e de percepção do ambiente reportados pelos/as médicos/as. Existem diferenças estatisticamente significativas entre os/as médicos/as e enfermeiros/as do Edifício 1 (mais recente e avaliado objetivamente como tendo melhores propriedades ambientais) relativamente à percepção do ambiente (controlo e suporte social) e a todas as variáveis de bem-estar. Em relação ao grupo dos profissionais que trabalham no Edifício 2 (mais antigo e avaliado objetivamente como proporcionando propriedades ambientais inferiores), não existem diferenças quanto à percepção do ambiente, existindo apenas diferenças estatisticamente significativas entre médicos/as e enfermeiros/as em relação a duas das variáveis de bem-estar: fadiga e baixa realização pessoal.

Os resultados encontrados em relação ao Edifício 1 e 2 poderão indicar que as condições do ambiente ou as dinâmicas de uso dos espaços são mais favoráveis aos/as médicos/as do que aos/as enfermeiros/as.

6. Discussão

O impacto das características físicas do ambiente hospitalar sobre o *stress* e bem-estar tem sido amplamente investigado, principalmente em relação à sua influência nos pacientes, existindo um considerável número de estudos que se debruçam sobre a influência da qualidade do *design* dos ambientes de saúde, ou de características específicas destes (e.g., Dijkstra, Pieterse, & Pruyn, 2006; Fornara et al., 2006; Suess & Mody, 2018). A Teoria do *Design* de Suporte (Ulrich, 1991; 2001) parece ser uma das poucas teorias que procura explicar a influência do ambiente hospitalar nos pacientes, tendo sido já testada em algumas investigações (e.g., Andrade & Devlin, 2015; Andrade et al., 2017; Devlin et al., 2014; Suess & Mody, 2018). Esta teoria propõe que o ambiente hospitalar promove o bem-estar, se proporcionar condições para os pacientes exercerem controlo ambiental, obterem suporte social e terem à disposição distrações positivas.

Em relação ao impacto do ambiente hospitalar nos profissionais de saúde, foram encontradas poucas investigações neste âmbito, embora sejam já conhecidas algumas características específicas do ambiente hospitalar que contribuem para o seu bem-estar (e.g., níveis de ruído, temperatura), assim como, existem também algumas evidências das dificuldades consequentes no seu trabalho (e.g., *burnout*) (Topf & Dillon, 1988; Zadeh et al., 2014).

Assim, a presente investigação é inovadora na medida em que pretende explorar se a Teoria do *Design* de Suporte (Ulrich, 1991; 2001) também se adequa na explicação da relação entre as qualidades do ambiente hospitalar e o bem-estar dos profissionais de saúde. Para tal, espaços hospitalares exclusivamente dedicados a enfermeiros/as e médicos/as foram avaliados objetiva e subjetivamente através de uma grelha de observação preenchida por dois juízes independentes, e um questionário respondido pelos profissionais de saúde, respetivamente.

Relativamente aos resultados da presente investigação, embora não tenham sido confirmadas todas as hipóteses de estudo, os resultados revelaram-se interessantes e em grande medida foram ao encontro das hipóteses colocadas.

Primeiramente verificou-se que serviços com espaços avaliados objetivamente como possuindo mais e menos qualidades ambientais, não foram da mesma forma distinguidos pelos profissionais de saúde (hipótese 1). Eventualmente este resultado estará sobretudo relacionado com o facto de as diferenças entre os serviços avaliados como tendo mais e menos qualidades ambientais, que pertencem a edifícios distintos do hospital, um mais recente e outro mais antigo, serem objetivamente muito limitadas.

Possivelmente isto indica que, mesmo quando um edifício é renovado, é ainda prestada uma atenção limitada às qualidades do ambiente que podem favorecer o bem-estar dos profissionais, comparada com a atenção prestada às condições que favorecem a eficácia da prestação de cuidados.

Também relativamente às variáveis de bem-estar, não se verificaram diferenças entre os níveis de bem-estar dos profissionais do Edifício 1 (mais recente) e Edifício 2 (mais antigo) (hipótese 2). Uma das possíveis justificações para não se terem verificado valores estatisticamente significativos, poderá ser o facto de o bem-estar dos profissionais de saúde ser afetado por múltiplos fatores (e.g., horários extensos, turnos, etc.), sendo o ambiente apenas um deles. Quando os dois edifícios não diferem muito em termos de condições objetivas, e essas diferenças também não são notadas pelos profissionais de saúde (hipótese anterior) é compreensível que não se verifiquem diferenças ao nível do bem-estar. Por outro lado, é possível que os profissionais de saúde, sobretudo os/as médicos/as, por passarem muitas horas noutros espaços do hospital (e.g., bloco operatório, gabinetes de consulta externa), e não tanto tempo no serviço, não valorizem tanto as características do serviço e que encontrem ambientes favoráveis ao seu bem-estar noutros lugares do hospital.

Ainda assim, os resultados demonstram a existência de uma relação entre a perceção de controlo, suporte social e distração positiva proporcionados pelos espaços do serviço e as variáveis de bem-estar (hipótese 3). Os resultados mostram que, de um modo geral, quanto maior a perceção de controlo, suporte social e distração positiva, maior é a satisfação com o trabalho e com o serviço dos profissionais de saúde, o que parece relacionar-se com a literatura, na medida em que alguns estudos (e.g., Andrade et al., 2013^a) mostram também a existência de uma relação entre a perceção das qualidades do ambiente físico e a satisfação no trabalho.

Verificou-se também que quanto maior a perceção de controlo, suporte social e distração positiva proporcionados pelos espaços do serviço, menores são os níveis de fadiga, *stress* e exaustão emocional. Tal como indica a literatura, o facto de a pessoa percecionar que tem controlo sobre o ambiente, encontra-se associado a menores níveis de *stress*, uma vez que esta sente que exerce influência e domínio sobre o ambiente envolvente. Por sua vez, menores níveis de *stress*, estão associados a menores riscos de *burnout* (Evans & Cohen, 1987).

Curiosamente, entre todas as dimensões, o suporte social parece ser a propriedade do ambiente que mais está associada com o bem-estar dos profissionais de saúde, sendo que se correlaciona significativamente com todas as variáveis de bem-estar, à exceção da despersonalização (*burnout*).

Os resultados da presente investigação indicam que quanto maior a percepção de suporte social possibilitada pelo ambiente físico, maior a satisfação no trabalho dos profissionais, assim como, a satisfação com o serviço e menor a fadiga, *stress* e *burnout* (exaustão emocional e baixa realização pessoal). Estes resultados parecem relacionar-se com a literatura, na medida em que esta nos diz que a existência de suporte social frequentemente auxilia os indivíduos a amenizarem o *stress*, assim como o *burnout*, sobretudo em relação à exaustão emocional (Weigl et al., 2016).

O suporte social parece ter também um importante papel no que à fadiga diz respeito, contribuindo para menores níveis de fadiga bem como, para a melhor recuperação da mesma (Han, Trinkoff & Geiger-Brown, 2014). No que respeita ao *burnout*, o suporte social parece assumir igualmente um papel importante. Tal poderá dever-se ao facto de o indivíduo sentir que tem, por exemplo, apoio emocional, o que pode ajudá-lo a enfrentar determinadas situações, sentindo que tem recursos para lidar com as adversidades laborais e consequentemente apresentar menores níveis de *stress* e *burnout*, dado que estes acabam por ser atenuados pelo suporte social que a pessoa percebe (Melchior et al., 1997).

Quanto à hipótese 4, hipótese exploratória, elaborada sem referencial teórico, que propunha que pudessem existir diferenças entre a avaliação que médicos/as e enfermeiros/as fazem a respeito das qualidades do ambiente, bem como, nos seus níveis de bem-estar, esta foi parcialmente confirmada. De um modo geral, os resultados sugerem que os/as médicos/as percebem as qualidades ambientais dos serviços de forma mais satisfatória comparativamente com os/as enfermeiros/as e que apresentam níveis superiores de bem-estar nas variáveis de satisfação no trabalho, fadiga, *stress* e *burnout*.

Estes resultados permitem fazer algumas especulações, considerando que os espaços avaliados são os mesmos, que as rotinas e dinâmicas e locais de trabalho são diferentes entre médicos/as e enfermeiros/as, com os enfermeiros/as eventualmente mais restritos aos espaços do serviço do que os médicos/as, que navegam mais por outras áreas do hospital. Assim, é possível que os enfermeiros/as avaliem os espaços como tendo menos qualidade por estarem mais restringidos no

acesso a outros espaços fora do serviço que lhes possam proporcionar condições de controlo, distração positiva e suporte social. É também possível que dentro do serviço existam espaços dedicados aos/às médicos/as que possam proporcionar-lhes maiores condições de controlo, distração positiva e suporte social do que aos enfermeiros/as (e.g., gabinete médico mais espaçoso, com disposição do mobiliário em círculo e vista para a natureza vs gabinete de enfermagem mais pequeno, com disposição do mobiliário promotora de isolamento e com vista para o telhado).

O suporte social pode ser influenciado pela disposição do mobiliário, por exemplo, se o mobiliário estiver disposto de forma a promover distâncias confortáveis entre as pessoas, mas ao mesmo tempo o suficiente para que possa existir contacto visual e conversas entre os sujeitos, estes espaços, denominados também de espaços socio-petais, são facilitadores de suporte social (Sommer, como citado em Evans & McCoy, 1998). Estes resultados apontam para o facto de os enfermeiros/as terem condições ambientais menos favoráveis. Assim, seria importante que existissem espaços especificamente concebidos para os enfermeiros/as poderem, por exemplo, fazer um intervalo, descansar ou conversar, com impacto positivo na sua perceção do ambiente hospitalar (Andrade et al., 2013^a; Moustaka & Constantinidis, 2010).

Em relação às diferenças nos níveis de bem-estar, em que os médicos apresentam valores que apontam para um maior bem-estar (e.g., *stress*, exaustão emocional) comparativamente aos enfermeiros, outros estudos sobre bem-estar dos profissionais de saúde indicam também para resultados semelhantes (e.g., Menon, Narayanan, & Spector, 1996; Silva & Gomes, 2009). As diferenças de bem-estar entre médicos/as e enfermeiros/as podem ser justificadas pela sobrecarga de trabalho dos enfermeiros/as, constrangimentos associados à supressão de materiais de trabalho, assim como, pelo facto de os enfermeiros/as parecerem estar mais suscetíveis ao *stress* e *burnout*, comparativamente com os/as médicos/as, por vivenciarem frequentemente situações de impotência face às decisões associadas aos pacientes, na medida em que dependem do parecer dos/as médicos/as (Dias et al., 2010; Menon et al., 1996).

Este estudo sugere que condições de perceção de controlo, suporte social e distração positiva parecem estar associadas em grau limitado com o bem-estar dos profissionais de saúde no hospital, tal como também já se havia confirmado em alguns estudos para o caso dos pacientes (e.g., Devlin et al., 2014; Suess & Mody, 2018), indicando que será importante continuar a explorar em que medida a Teoria do *Design* de Suporte (1991; 2001) pode ajudar a explicar esta relação.

O estudo mostrou ainda que os espaços dedicados aos profissionais nos serviços hospitalares tendem a não abundar e a serem sobretudo focados nas tarefas de trabalho e não tanto no descanso e na distração, como indicaram os valores objetivos de condições de controlo, distração positiva e suporte social nos diferentes serviços. Em particular, os serviços parecem oferecer limitadas oportunidades para os profissionais de saúde obterem suporte social, isto é, locais onde possam conversar e interagir com algum nível de privacidade e conforto. Finalmente, os resultados sugerem que os/as enfermeiros/as parecem estar em desvantagem comparativamente com os/as médicos/as na medida que os espaços que têm disponíveis lhes proporcionam menores condições de controlo, distração positiva e suporte social, o que é algo que deve ser alvo de atenção particular.

Ainda que os resultados do presente estudo necessitem de ser complementados com investigações futuras, estes apresentam já algumas implicações para o *design* dos serviços hospitalares. Sugere-se que é importante o ambiente hospitalar ser construído ou adaptado a pensar nas pausas dos profissionais de saúde e, no fato de as propriedades do ambiente poderem contribuir para que as pausas sejam de qualidade e que sirvam as necessidades dos profissionais. Por outro lado, a adaptação da escala SHEDS - Supportive Hospital Environment *Design* Scale aos profissionais de saúde tem implicações para a investigação, no sentido em que facilita investigações futuras sobre esta temática.

7. Conclusão

O impacto das características físicas do ambiente hospitalar nos seus utilizadores tem vindo a ser cada vez mais estudado, sobretudo o seu impacto nos pacientes. Por outro lado, no que respeita aos profissionais de saúde existem menos investigações (e.g., Andrade et al., 2013^a), o que torna este estudo pertinente.

Os resultados da presente investigação sugerem que as três propriedades ambientais da Teoria do *Design* de Suporte (Ulrich, 1991; 2001), sobretudo o suporte social, apresentam relações fortes com as variáveis de bem-estar, sendo que a sua presença parece aumentar a satisfação no trabalho, assim como a satisfação geral com os serviços, dos profissionais de saúde e parece ter também uma influência positiva na fadiga, *stress* e *burnout*, na medida em que diminui os mesmos.

Importa destacar-se ainda a diferença encontrada entre as duas classes profissionais em estudo, sendo que os/as médicos/as, quando comparados com os/as enfermeiros/as do mesmo serviço, apresentam uma melhor perceção das propriedades ambientais, o que pode remeter para a ideia de os/as médicos/as poderem ter espaços de trabalho mais satisfatórios no que à qualidade ambiental diz respeito, em comparação com os/as enfermeiros/as.

No que concerne às limitações da presente investigação, a primeira prende-se com a dimensão da amostra, ainda que na maioria dos serviços, se tenha conseguido obter a participação de pelo menos metade dos profissionais de saúde.

Outra das limitações prende-se com o fato de os serviços em estudo, embora pertencessem a um edifício mais recente e outro mais antigo, não possuíam espaços dedicados aos profissionais suficientemente distintos em termos de qualidades ambientais objetivas. A ausência de diferenças óbvias nas condições objetivas dos níveis de controlo, distração positiva e suporte social proporcionados pelos serviços nos dois edifícios, naturalmente condicionaram os resultados desta investigação.

A consistência interna de dois instrumentos utilizados representa outra das limitações identificadas. Na Escala de *Stress* Percebido, obteve-se inicialmente um valor do *Alpha* de Cronbach abaixo do aceitável, pelo que posteriormente se procedeu à execução de uma análise fatorial exploratória, através da qual foi possível obter dois fatores, ambos com valores de *Alpha* de Cronbach aceitáveis. Também a Escala de Perceção do *Design* de Suporte do Ambiente Hospitalar – Adaptação para profissionais de saúde, obteve baixos valores de peso fatorial, pelo que foi necessário retirar 7 dos seus itens, ficando com um total de 14 itens.

É ainda importante referir que não foi possível controlar algumas variáveis, como por exemplo, a diferença do número de horas que os profissionais passam em cada espaço, o que pode ter também influenciado os resultados.

Por último, os resultados deste trabalho poderão servir como ponto de partida para a realização de futuras investigações que se dediquem ao estudo da influência da qualidade do ambiente hospitalar sobre o bem-estar dos profissionais de saúde no local de trabalho. Sugere-se assim, que investigações futuras possuam amostras de profissionais de saúde de maior dimensão, bem como, amostras de serviços com características físicas mais distintas entre si em termos de qualidades ambientais objetivas. Seria também importante investigar mais detalhadamente os espaços utilizados pelos profissionais de saúde, devendo-se incluir no questionário, por exemplo, uma pergunta aberta referente aos espaços que os profissionais mais utilizam no serviço e outra sobre os espaços que utilizam fora do serviço (no caso de se aplicar) para pausas e momentos de descanso. Seria ainda relevante procurar controlar o maior número possível de variáveis que têm interferência na percepção da qualidade do ambiente, para assim o analisar de forma independente e mais fidedigna (Andrade et al., 2013^a; Djukic et al., 2010).

8. Referências

- ^aAndrade, C. C., Hernández-Fernaund, E., & Lima, M. L. (2013). A better physical environment in the workplace means higher well-being? A study with healthcare professionals. *Psyecology*, 4, 89-110. doi:10.1174/217119713805088324
- Abbott, L., Taff, D., Newman, P., Benfield, J., & Mowen, A. (2016). The influence of natural sounds on attention restoration. *Journal of Park and Recreation Administration*, 34, 5–15. doi:10.18666/JPRA-2016-V34-I3-6893
- Alimoglu, M. K., & Donmez, L. (2005). Daylight exposure and the other predictors of burnout among nurses in a University Hospital. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 549-555. doi:10.1016/j.ijnurstu.2004.09.001
- Andrade, C. C., & Devlin, A. S. (2015). Stress reduction in the hospital room: Applying Ulrich's theory of supportive design. *Journal of Environmental Psychology*, 41, 125-134. doi: 10.1016/j.jenvp.2014.12.001
- Andrade, C. C., & Devlin, A. S. (2016). Who wants control in the hospital room? Environmental control, desirability of control and stress. *Psyecology*, 7, 236-261. doi: 10.1080/21711976.2016.1238069
- Andrade, C. C., Devlin, A. S., Pereira, C. R., & Lima, M. L. (2017). Do the hospital rooms make a difference for patients' stress? A multilevel analysis of the role of perceived control, positive distraction, and social support. *Journal of Environmental Psychology*, 53, 63-72. doi: 10.1016/j.jenvp.2017.06.008
- Andrade, C. C., Lima, M. L., Devlin, A. S., & Hernandez, B. (2016). Is it the place or the people? Disentangling the effects of hospital physical and social environments on well-being. *Environment and Behavior*, 48, 299-323. doi:10.1177/0013916514536182
- Applebaum, D., Fowler, S., Fiedler, N., Osinubi, O., & Robson, M. (2010). The impact of environmental factors on nursing stress, job satisfaction, and turnover intention. *The Journal of Nursing Administration*, 40, 323-328. doi:10.1097/NNA.0b013e3181e9393b
- ^bAndrade, C. C., Lima, M. L., Pereira, C. R., Fornara, F., & Bonaiuto, M. (2013). Inpatients' and outpatients' satisfaction: The mediating role of perceived quality of physical and social environment. *Health & Place*, 21, 122-132. doi:10.1016/j.healthplace.2013.01.013

-
- Barsky, A., Thoresen, C., Warren, C., & Kaplan, S. (2004). Modeling negative affectivity and job stress: a contingency-based approach. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 915-936. doi: 10.1002/job.285
- Baum, A., Singer, J. E., & Baum, C. S. (1981). Stress and the environment. *Journal of Social Issues*, 37, 4-35. doi: 10.1111/j.1540-4560.1981.tb01056.x
- Bayo, M. V., García, A. M., & García, A. (1995). Noise levels in an urban hospital and workers' subjective responses. *Archives of Environmental Health: An International Journal*, 50, 247-251. doi 10.1080/00039896.1995.9940395
- Blomkvist, V., Eriksen, C., Theorell, T., Ulrich, R., & Rasmanis, G. (2005). Acoustics and psychosocial environment in intensive coronary care. *Occupational and environmental medicine*, 62, 1-8. doi: 10.1136/oem.2004.017632
- Bolger, N., & Amarel, D. (2007). Effects of social support visibility on adjustment to stress: Experimental evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 458-475. doi:10.1037/0022-3514.92.3.458
- Brayfield, A. H., & Rothe, H. F. (1951). An index of job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 35, 307-311. doi:10.1037/h0055617
- Brennan, A., Chugh, J., & Kline, T. (2002). Traditional versus open office design: A longitudinal field study. *Environment and Behavior*, 34, 279-299. doi: 10.1177/001391650203400300
- Cella, M., & Chalder, T. (2010). Measuring fatigue in clinical and community settings. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 17-22. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.10.007
- Chaudhury, H., Mahmood, A., & Valente, M. (2005). Advantages and disadvantages of single-versus multiple-occupancy rooms in acute care environments: a review and analysis of the literature. *Environment and Behavior*, 37, 760-786. doi:10.1177/0013916504272658
- Chaudhury, H., Mahmood, A., & Valente, M. (2009). The effect of environmental design on reducing nursing errors and increasing efficiency in acute care settings: A review and analysis of the literature. *Environment and Behavior*, 41, 755-786. doi: 10.1177/0013916508330392

-
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). Issues in the study and application of social support. In S. Cohen, & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 3-22). San Francisco: Academic Press
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 4, 385-396. doi: 10.2307/2136404
- Colligan, T. W., & Higgins, E. M. (2005) Workplace stress: etiology and consequences. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 21, 89-97. doi: 10.1300/J490v21n02_07
- Comission for Architecture and the Built Environment. (2004). *The role of hospital design in the recruitment, retention and performance of nurses in England*. Retirado de <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20110118153647/http://www.cabe.org.uk/files/the-role-of-hospital-design.pdf>
- Connellan, K., Gaardboe, M., Riggs, D., Due, C., Reinschmidt, A., & Mustillo, L. (2013). Stressed spaces: Mental health and architecture. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 6, 127-168. doi:10.1177/193758671300600408
- Constable, J. F., & Russell, D. W. (1986). The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *Journal of Human Stress*, 12, 20-26. doi: 10.1080/0097840X.1986.9936762
- Cooper, C. L., & Marshall, J. (1976). Occupational sources of stress: A review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health. doi: 10.1111/j.2044-8325.1976.tb00325.x
- Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C., & Cardoso, C. C. (2007). *Manual de comportamento organizacional e gestão*. Lisboa: Editora RH
- DeLongis, A., Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). The impact of daily stress on health and mood: psychological and social resources as mediators. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 486-495. doi:10.1037/0022-3514.54.3.486
- Devlin, A. S., Andrade, C. C., & Lima, M. L. (2014). *Hospital Rooms and Patients' Well-being: Exploring Modeling Variables*. Report to the Academy of Architecture for Health Foundation
- Dias, S., Queirós, C., & Carlotto, M. S. (2010). Síndrome de burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Por-

tugal. *Aletheia*, 32, 4-21. Retirado de
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n32/n32a02.pdf>

Dijkstra, K., Pieterse, M., & Pruyn, A. (2006). Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review. *Journal of advanced nursing*, 56, 166-181. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03990.x

DiMatteo, M. R., Sherbourne, C. D., Hays, R. D., Ordway, L., Kravitz, R. L., McGlynn, E. A., ... Rogers, W. H. (1993). Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychology*, 12, 93-102. Retirado de
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8500445>

Djukic, M., Kovner, C., Budin, W. C., & Norman, R. (2010). Physical work environment: testing an expanded model of job satisfaction in a sample of registered nurses. *Nursing research*, 59, 441-451. doi: 10.1097/NNR.0b013e3181fb2f25

Elsbach, K. D., & Pratt, M. G. (2007). The physical environment in organizations. *The Academy of Management Annals*, 1(1), 181-224. doi: 10.1080/078559809

Evans, G. W., & Cohen, S. (1987). Environmental stress. In D. Stokols, & I. Altman (Eds.), *Handbook of Environmental Psychology* (pp. 571-610). New York: Wiley

Evans, G. W., & McCoy, J. M. (1998). When buildings don't work: the role of architecture in human health. *Journal of Environmental Psychology*, 18, 85-94. doi:10.1006/jevp.1998.0089

Evans, G. W., Shapiro, D. H., & Lewis, M. A. (1993). Specifying dysfunctional mismatches between different control dimensions. *British Journal of Psychology*, 84, 255-273. doi:10.1111/j.2044-8295.1993.tb02478.x

Felsten, G. (2009). Where to take a study break on the college campus: An attention restoration theory perspective. *Journal of Environmental Psychology*, 29, 160-167. doi:10.1016/j.jenvp.2008.11.006

Figueiredo, E. M. (2005). Ambientes de Saúde - O Hospital numa Perspectiva Ambiental Terapêutica. In L. Soczka (Ed.), *Contextos Humanos e Psicologia Ambiental* (pp. 303-335). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

-
- Fonseca, R., Silva, P. & Silva, R. (2007). Acordo inter-juízes: O caso do coeficiente kappa. *Laboratório de Psicologia*, 5, 81-90. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.12/1263>
- Fornara, F., Bonaiuto, M., & Bonnes, M. (2006). Perceived hospital environment quality indicators: a study of orthopaedic units. *Journal of Environmental Psychology*, 26, 321–334. doi:10.1016/j.jenvp.2006.07.003
- Frankenhaeuser, M. (1980). Psychoneuroendocrine approaches to the study of stressful personenvironment transactions. In H. Selye (Ed.), *Selye's Guide to Stress Research* (pp. 46-70). New York: Van Nostrand Reinhold
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165. doi:10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
- Gaba, D. M., & Howard, S. K. (2002). Fatigue among clinicians and the safety of patients. *New England Journal of Medicine*, 347, 1249-1255. doi:10.1056/NEJMsa020846
- George, J. M., & Jones, G. R (1999). *Understanding and managing organizational behavior* (2nd ed.). Harlow: Addison-Wesley.
- Glasberg, A. L., Eriksson, S., & Norberg, A. (2007). Burnout and stress of conscience among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 57, 392-403. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04111.x
- Grumet, G. W. (1993). Pandemonium in the modern hospital. *The New England Journal of Medicine*, 328, 433-437. doi:10.1056/NEJM199302113280612
- Gunnarsdóttir, S., Clarke, S., Rafferty, A., & Nutbeam, D. (2009). Front-line management, staffing and nurse–doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. A survey of Icelandic hospital nurses. *International journal of nursing studies*, 46, 920-927. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.11.007.
- Gurses, A. P., & Carayon, P. (2009). Exploring performance obstacles of intensive care nurses. *Applied ergonomics*, 40, 509-518. doi:10.1016/j.apergo.2008.09.003
- Han, K., Trinkoff, A. M., & Geiger-Brown, J. (2014). Factors associated with work-related fatigue and recovery in hospital nurses working 12-hour shifts. *Workplace health & safety*, 62, 409-414. doi: 10.3928/21650799-20140826-01

-
- Haslam, S. A., O'Brien, A., Jetten, J., Vormedal, K., & Penna, S. (2005). Taking the strain: social identity, social support, and the experience of stress. *British Journal of Social Psychology*, 44, 355-370. doi: 10.1348/014466605X37468
- Herzberg, F. (1996). A teoria motivação-higiene. In C. A. Marques & M. P. Cunha (Eds.), *Comportamento organizacional e gestão de empresas* (pp. 43-65). Lisboa: Dom Quixote
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-545. doi: 10.1126/science.3399889
- House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R., (1988). Structures and Processes of Social Support. *Annual Review of Sociology* 14, 293-318. doi:10.1146/annurev.so.14.080188.001453
- Jansen, N. W., Kant, I., & van den Brandt, P. A. (2002). Need for recovery in the working population: description and associations with fatigue and psychological distress. *International Journal of Behavioral Medicine*, 9, 322-340. doi:10.1207/S15327558IJBM0904_03
- Janssen, N., Kant, I. J., Swaen, G. M. H., Janssen, P. P. M., & Schröer, C. A. P. (2003). Fatigue as a predictor of sickness absence: results from the Maastricht cohort study on fatigue at work. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 71-76. Retirado de http://oem.bmj.com/content/60/suppl_1/i71
- Jenkins, R., & Elliott, P. (2004). Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 622-631. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03240.x
- Joseph, A. (2006). The role of the physical and social environment in promoting health, safety, and effectiveness in the healthcare workplace. *Center for Health Design*, 3, 1-16. Retirado de <https://www.rwjf.org/en/library/research/2006/11/the-role-of-the-physical-and-social-environment-in-promoting-hea.html>
- Judge, T. A., & Klinger, R. (2008). Job satisfaction: subjective well-being at work. In M. Eid, & R. J. Larsen (Eds.), *The science of subjective well-being* (pp. 393-413). New York: The Guilford Press

-
- Judge, T. A., Bono, J. E., & Locke, E. A. (2000) Personality and job satisfaction: The mediating role of job characteristics. *Journal of Applied Psychology*, 85, 237-249. doi:10.1037/0021-9010.85.2.23
- Kaplan, R. (1993). The role of nature in the context of the workplace. *Landscape and Urban Planning*, 26, 193-201. doi:10.1016/0169-2046(93)90016-7
- Kaplan, R., & Kaplan, S. (1989). The experience of nature: A psychological perspective. New York: Cambridge University Press.
- Kaplan, S. (1995). The restorative benefits of nature: Toward an integrative framework. *Journal of Environmental Psychology*, 15, 169-182. doi: 10.1016/0272-4944(95)90001-2
- Keep, P., James, J., & Inman, M. (1980). Windows in the intensive therapy unit. *Anaesthesia*, 35, 257-262. Doi: 10.1111/j.1365-2044.1980.tb05093.x
- Kennedy, S., Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J. (1990). Psychoneuroimmunology. In: Cacioppo, J. T., & Tassinari, L. T. (Eds), *Principles of psychophysiology, social, and inferential Elements* (pp.177-190). New York: Cambridge University Press.
- Kuivalainen, L., Ryhänen, A., Isola, A., & Meriläinen, P. (1998). Sleep disturbances affecting hospital patients. *Hoitotiede*, 10, 134-143. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10437442>
- Kweon, B. S., Ulrich, R. S., Walker, V. D., & Tassinari, L. G. (2008). Anger and stress: The role of landscape posters in an office setting. *Environment and Behavior*, 40, 355-381. doi:10.1177/0013916506298797
- Larsen, L. S., Larsen, B. H., & Birkelund, R. (2013). A companionship between strangers – the hospital environment as a challenge in patient–patient interaction in oncology wards. *Journal of Advanced Nursing* 70, 395–404. doi: 10.1111/jan.12204
- Laumann, K., Gärling, T., & Stormark, K. M. (2001). Rating scale measures of restorative components of environments. *Journal of Environmental Psychology*, 21, 31-44. doi: 10.1006/jevp.2000.0179
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, Coping and Adaptation. New York: Springer.

-
- Le Fevre, M.; Matheny, J., & Kolt, G S. (2003) Eustress, distress, and interpretation in occupational stress. *Journal of Managerial Psychology*, 18, 726-744. doi: 10.1108/02683940310502412
- Leather, P., Cox, T., & Farnsworth, B. (1990). Violence at work: An issue for the 1990s. *Work & Stress*, 4, 3-5. doi: 10.1080/02678379008256959
- Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81, 123-133. doi: 10.1037/0021-9010.81.2.123
- Lee, S. (2011). Evaluating serviceability of healthcare servicescapes: service design perspective. *International Journal of Design*, 5, 61-71. Retirado de <http://www.ijdesign.org/index.php/IJDesign/article/view/919/347>
- Lee, S. Y., & Brand, J. L. (2005). Effects of control over office workspace on perceptions of the work environment and work outcomes. *Journal of environmental psychology*, 25, 323-333. doi 10.1016/j.jenvp.2005.08.001
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308. doi 10.1002/job.4030090402
- Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M- D. Dunnette (Ed.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, (pp.1297-1343). Chicago: Rand McNally
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics (5a ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1996). Maslach, Burnout Inventory- Human Services Survey (MBI-HSS). In C. Maslach, S. E., Jackson, & M. P. Leiter (Eds.), *MBI Manual*. (3ª ed., pp. 191-218). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397
- Mauro, M. Y. C., Cordeiro, D. S., Yanagisawa, K., & Conceição, J. E. (1976). Fadiga e aspectos ergonômicos no trabalho de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 29, 7-18. doi:10.1590/0034-716719760004000002

-
- McCaul, K. D., & Malott, J. M. (1984). Distraction and coping with pain. *Psychological Bulletin*, 95, 516-533. doi:10.1037/0033-2909.95.3.516
- Melchior, M. E. W., Van den Berg, A. A., Halfens, R., Abu-Saad, H. H., Philipsen, H., & Gassman, P. (1997). Burnout and the work environment of nurses in psychiatric long-stay care settings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 158-164. doi: 10.1007/BF00794615
- Menon, S., Narayanan, L., & Spector, P. E. (1996). Time urgency and its relation to occupational stressors and health outcomes for health care professionals. In C. D. Spielberger, & I. G. Sarason (Eds.), *Stress and emotion: anxiety, anger, and curiosity* (Vol. 16, pp. 127-142). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Michielsen, H. J., De Vries, J., Van Heck, G. L., Van de Vijver, F. J. R., & Sijtsma, K. (2004). Examination of the Dimensionality of Fatigue: The Construction of the Fatigue Assessment Scale (FAS). *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 39-48. doi: 10.1027/1015-5759.20.1.39
- Moore, J. E. (2000). Why is this happening? A causal attribution approach to work exhaustion consequences. *Academy of Management Review*, 25, 335-349. doi:10.5465/AMR.2000.3312920
- Moreno, M. P., Bermúdez, D., Beltrán, C. A., Castellanos, J. P., Salinas, E. F., & Pérez, G. A. (2003). Prevalencia de estrés y burnout en los trabajadores de la salud en un hospital ambulatorio. *Psicología y Salud*, 13, 47-52.
- Mota, D., Pimenta, C., & Caponero, R. (2012). Fadiga em pacientes com câncer color-retal: prevalência e fatores associados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20, 1-9. Retirado de <http://www.redalyc.org/html/2814/281423329010/>
- Moustaka, E., & Constantinidis, T. C. (2010). Sources and effects of Work-related stress in nursing. *Health Science Journal*, 4, 211-216. Retirado de <http://www.hsj.gr/medicine/sources-and-effects-of-workrelated-stress-in-nursing.php?aid=3575>
- Mroczek, J., Mikitarian, G., Vieira, E., & Rotarius, T. (2005). Hospital design and staff perceptions: an exploratory analysis. *The Health Care Manager*, 24, 233-244. doi:10.1097/00126450-200507000-00008

-
- Murphy, L. R., Hurrell, J. J., Sauter, S. L., & Keita, G. P. (1995). Job stress interventions. Washington: American Psychological Association.
- Nanda, U., Eisen, S. L., & Baladandayuthapani, V. (2008). Undertaking an art survey to compare patient versus student art preferences. *Environment and Behavior*, 40, 269-301. doi 10.1177/0013916507311552
- Oliveira, J. R., Viganó, M. G., Lunardelli, M. C., Canêo, L. C., & Júnior, E. (2010). Fadiga no trabalho: como o psicólogo pode atuar?. *Psicologia em Estudo*, 15, 633-638. Retirado de <http://www.redalyc.org/html/2871/287122134021/>
- Oliveira, V., & Pereira, T. (2012). Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros- Impacto do trabalho por turnos. *Referência-Revista de Enfermagem*, 3,43-54. Retirado de <http://www.redalyc.org/html/3882/388239966006/>
- Parish, J. T, Berry, L. L., & Lam, S. Y. (2008). The effect of the servicescape on service workers. *Journal of Service Research*, 10(3), 220Y238. doi: 10.1177/1094670507310770
- Park, K. O. (2007). Social support for stress prevention in hospital settings. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 127, 260-264. doi: 10.1177/1466424007084066
- Pinto, M. A. (2002). Estudo de adaptação do Maslach Burnout Inventory - Human Service Survey numa amostra portuguesa. In APAV (2002). *Relatório de avaliação técnica e científica do Serviço de Informação a Vítimas de Violência Doméstica*. Lisboa: APAV
- Pinto, R. (2016). *Grelha de Observação de Espaço*. Instrumento não publicado.
- Prosser, D., Johnson, S., Kuipers, E., Dunn, G., Szmukler, G., Reid, Y., ... & Thornicroft, G. (1999). Mental health, “burnout” and job satisfaction in a longitudinal study of mental health staff. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 295-300. doi:10.1007/s001270050147
- Ream, E., & Richardson, A. (1996). Fatigue: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 33, 519-529. doi:10.1016/0020-7489(96)00004-1
- Reiling, J., Breckbill, C., Murphy, M., McCullough, S., & Chernos, S. (2003). Facility designing around patient safety and its effect on nursing. *Nursing Economics*, 21, 143-147. Retirado de <http://hcdesign.gatech.edu/articles/reiling2003.pdf>

-
- Ribeiro, L., Gomes, A., & Silva, M. (2010). Stresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercerem em contexto hospitalar. In C. Nogueira, (ed), "*Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*.". (pp. 1494-1508). Lisboa: Associação Portuguesa de Psicologia
- Risquez, M. R., Hernández, F. P., & Fernández, C. G. (2008). *Burnout* y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. *Enfermería intensiva*, 19, 169-178. doi: 10.1016/S1130-2399(08)75832-2
- Rogers, W. H. (1993). Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the medical outcomes study. *Health Psychology*, 12, 93-102. doi:93.10.1037/0278-6133.12.2.93
- Saito, K. (1999). Measurement of fatigue in industries. *Industrial Health*, 37, 134-142. doi:10.2486/indhealth.37.134
- Sanches, K. C., & Cardoso, K. G. (2012). Estudo da fadiga e qualidade de vida nos pacientes com doença de Parkinson. *Journal of the Health Sciences Institute*, 30, 391-394. Retirado de https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/04_out-dez/V30_n4_2012_p391a394.pdf
- Santos, C. S., Pais-Ribeiro, J. L., & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da Escala de Satisfação como Suporte Social (esss) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4, 185-204. Retirado de <http://www.redalyc.org/pdf/362/36240202.pdf>
- Sarason, B., Sarason, I., & Pierce, G. (1990). Traditional views of social support and their impact of assessment. In B. Sarason, I. Sarason, & G. Pierce (Eds.), *Social support: An international view* (pp. 5-25). New York: John Wiley & Sons
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139. doi:10.1037/0022-3514.44.1.127
- Schaufeli, W. B., & Greenglass, E. R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology & Health*, 16, 501-510. doi: 10.1080/08870440108405523

-
- Schwarzer, R., & Gutiérrez-Doña, B. (2005). More spousal support for men than for women: A comparison of sources and types of support. *Sex Roles*, 52, 523-532. Retirado de <https://link.springer.com/article/10.1007/s11199-005-3718-6>
- Schweitzer, M., Gilpin, L., & Frampton, S. (2004). Healing spaces: elements of environmental design that make an impact on health. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 10, 71-83. doi:10.1089/acm.2004.10.S-71
- Seifert, P., & Hickman, D. (2005). Enhancing patient safety in a healing environment. *Topics in Advanced Practice Nursing eJournal*, 5, 97-114. Retirado de <https://www.medscape.com/viewarticle/499690>
- Shapiro, D. H., Schwartz, C. E., & Astin, J. A. (1996). Controlling ourselves, controlling our world: Psychology's role in understanding positive and negative consequences of seeking and gaining control. *American Psychologist*, 51, 1213-1230. doi: 10.1037/0003-066X.51.12.1213
- Shepley, M. M., Watson, A., Pitts, F., Garrity, A., Spelman, E., Fronsman, A., & Kelkar, J. (2017). Mental and behavioral health settings: importance & effectiveness of environmental qualities & features as perceived by staff. *Journal of Environmental Psychology*, 50, 37-50. doi: 10.1016/j.jenvp.2017.01.005
- Shumaker, S. A., & Pequegnat, W. (1989). Hospital design, health providers, and the delivery of effective health care. In E. H. Zube & G. T. Moore (Eds.), *Advance in Environment, Behavior, and Design* (Vol.2, pp. 161-199). Boston: Springer
- Silva, M., & Gomes, A. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14, 239-248. doi:10.1590/S1413-294X2009000300008
- Silva, R. B. (1998). *Para uma análise da satisfação no trabalho* (Dissertação de mestrado). Retirado de <http://hdl.handle.net/10071/807>
- Simões, J. (2016). *Identidade à organização: relação com a motivação, satisfação e coesão grupal* (Dissertação de mestrado) Retirado de <http://hdl.handle.net/10174/19546>
- Smith-Jackson, T. L., & Klein, K. W. (2009). Open-plan offices: Task performance and mental workload. *Journal of Environmental Psychology*, 29, 279-289. doi: 10.1016/j.jenvp.2008.09.002

-
- Souza, W. C., & Silva, A. M. (2002). A influência de fatores de personalidade e de organização do trabalho no burnout em profissionais de saúde. *Estudos de Psicologia*, 19, 37-48. doi:10.1590/S0103-166X2002000100004
- Stacciarini, J. M., & Tróccoli, B. T. (2001). The stress in nursing profession. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9, 17-25. doi.org/10.1590/S0104-11692001000200003
- Stall, N. (2012). Private rooms: A choice between infection and profit. *Canadian Medical Association Journal*, 184, 24-25. doi: 10.1503/cmaj.109-4077
- Stichler, J. F. (2001). Creating healing environments in critical care units. *Critical Care Nursing Quarterly*, 24, 1-20. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11858554>
- Stichler, J. F. (2009). Healthy, healthful, and healing environments: A nursing imperative. *Critical care nursing quarterly*, 32, 176-188. doi:10.1097/CNQ.0b013e3181ab9149
- Suess, C., & Mody, M. (2018). The influence of hospitable design and service on patient responses. *The Service Industries Journal*, 38, 127-147. doi: 10.1080/02642069.2017.1385773
- Suter, E., & Baylin, D. (2007). Choosing art as a complement to healing. *Applied Nursing Research*, 20, 32-38. doi: 10.1016/j.apnr.2005.11.004
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52, 145-161. doi:10.1177/0022146510395592
- Topf, M., & Dillon, E. (1988). Noise-induced stress as a predictor of burnout in critical care nurses. *Heart & Lung*, 17, 567-574. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3417467>
- Trigo, M., Canudo, N., Branco, F., & Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. *Psychologica*, 53, 353-378. Retirado de <http://iduc.uc.pt/index.php/psychologica/article/view/1093>
- Uchino, B. N. (2009). Understanding the links between social support and physical health: A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and

-
- received support. *Perspectives on Psychological Science*, 4, 236-255. doi: 10.1111/j.1745-6924.2009.01122.x.
- Ulrich, R. (1995). Effects of healthcare interior design on wellness. In S. O. Marberry (Ed.), *Innovations in health care design* (pp. 88–104). New York: Van Nostrand Reinhold
- Ulrich, R. S. & Parsons, R. (1990, April,). Influences of passive experiences with plants on individual well-being and health. Paper presented at the National Symposium on the Role of Horticulture in Human Well-Being and Social Development, Washington, D.C
- Ulrich, R. S. (1981). Natural versus urban scenes: some psychophysiological effects. *Environment and Behavior*, 13, 523-556. doi:10.1177/0013916581135001
- Ulrich, R. S. (1983). Aesthetic and affective response to natural environment. In I. Altman, & J. F. Wohlwill (Eds.), *Behavior and the natural environment* (pp.85-125). New York: Plenum Press
- Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224, 420-421. doi:10.1126/science.6143402.
- Ulrich, R. S. (1991). Effects of interior design on wellness: theory and recent scientific research. *Journal of Health Care Interior Design*, 3, 97-109. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10123973>
- Ulrich, R. S. (2001). Effects of healthcare environmental design on medical outcomes. In A. Dalani (Ed.), *Design and Health: Proceedings of the Second International Conference on Health and Design* (pp.49-59). Stockholm, Sweden: Svensk Byggtjänst
- Ulrich, R. S., Bogren, L., & Lundin, S. (2012, Outubro). *Towards a design theory for reducing aggression in psychiatric facilities*. Comunicação apresentada no ARCH 12: ARCHITECTURE / RESEARCH / CARE / HEALTH, Chalmers Institute of Technology
- Ulrich, R. S., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H. B., Choi, Y. S., ... & Joseph, A. (2008). A review of the research literature on evidence-based healthcare design. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 1, 61-125. doi:10.1177/193758670800100306

-
- Van Den Berg, A. E., & Custers, M. H. (2011). Gardening promotes neuroendocrine and affective restoration from stress. *Journal of Health Psychology*, 16, 3-11. doi:10.1177/1359105310365577
- Van Den Berg, A. E., Hartig, T., & Staats, H. (2007). Preference for nature in urbanized societies: stress, restoration, and the pursuit of sustainability. *Journal of social issues*, 63, 79-96. doi:10.1111/j.1540-4560.2007.00497.x
- Vasconcelos, S. P., Fischer, F. M., Reis, A. O., & Moreno, C. R. (2011). Factors associated with work ability and perception of fatigue among nursing personnel from Amazonia. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 14, 688-697. doi:10.1590/S1415-790X2011000400015
- Vicente, C. S., Oliveira, R. A., & Maroco, J. (2013). Análise fatorial do Inventário de Burnout de Maslach (MBI-HSS) em profissionais portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14, 152-167. Retirado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v14n1/v14n1a10.pdf>
- Vischer, J. C. (2007). The effects of the physical environment on job performance: towards a theoretical model of workspace stress. *Stress & Health*, 23, 175-184. doi: 10.1002/smi.1134
- Vitorino, H. (2016). *A janela no local de trabalho: o impacto da luz natural e da vista na fadiga, na necessidade de recuperação e na saúde e bem-estar dos colaboradores* (Dissertação de mestrado). Retirado de <http://hdl.handle.net/10071/13247>
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., Smith, S., & Dobbins, C. J. (1987). Perceived control and health. *Current Psychology*, 6, 5-25. doi:10.1007/BF02686633
- Weigl, M., Stab, N., Herms, I., Angerer, P., Hacker, W., & Glaser, J. (2016). The associations of supervisor support and work overload with burnout and depression: a cross-sectional study in two nursing settings. *Journal of Advanced Nursing*, 8, 1774-1788. doi: 10.1111/jan.12948
- Williams, E. S., Konrad, T. R., Scheckler, W. E., Pathman, D. E., Linzer, M., McMurray, J. E., ... & Schwartz, M. (2010). Understanding physician's intentions to withdraw from practice: the role of job satisfaction, job stress, mental and physical health. *Health Care Management Review*, 35, 105-115. doi:10.1097/01.HMR.0000304509.58297.6f

-
- Wingenfeld, K., Schulz, M., Damkroeger, A., Rose, M., & Driessen, M. (2009). Elevated diurnal salivary cortisol in nurses is associated with burnout but not with vital exhaustion. *Psychoneuroendocrinology*, 34, 1144-1151. doi:10.1016/j.psyneuen.2009.02.015.
- Winkel, G. H., & Holahan, C. J. (1985). The environmental psychology of the hospital: Is the cure worse than the illness?. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 4, 11-33. doi:10.1080/10852358509511159
- Wohlwill, J. F. (1966). The physical environment: a problem for a psychology of stimulation. *Journal of Social Issues*, 22, 29-38. doi:10.1080/00039896.1995.9940395
- Woodhead, E. L., Northrop, L., & Edelstein, B. (2016). Stress, social support, and burnout among long-term care nursing staff. *Journal of Applied Gerontology*, 35, 84-105. doi:10.1177/0733464814542465
- Xelegati, R., Robazzi, M. L., Marziale, M. H., & Haas, V. J. (2006). Riscos ocupacionais químicos identificados por enfermeiros que trabalham em ambiente hospitalar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14 (2). Retirado de <http://www.redalyc.org/html/2814/281421860010/>
- Zadeh, R. S., Shepley, M. M., Williams, G., & Chung, S. S. (2014). The impact of windows and daylight on acute-care nurses' physiological, psychological, and behavioral health. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 7, 35-61. doi:10.1177/193758671400700405
- Zimring, C. M. (1981). Stress and the designed environment. *Journal of Social Issues*, 37, 145-171. doi:10.1111/j.1540-4560.1981.tb01061.x

ANEXOS

Anexo 1

Grelha de observação do espaço

Grelha de observação do espaço

Nome do serviço _____

Data ____/____/____ Observador: _____

Controlo (inclui privacidade)	Controlo visual (existência de porta e paredes opacas)	1. Espaço aberto sem possibilidade de fechar. 2. Possibilidade limitada (apenas com uma das condições: fechado ou opaco). 3. Espaço com porta e paredes opacas.			
	Controlo acústico (não se ouve nem se é ouvido)	1. É impossível ter uma conversa sem ser incomodado por alguém ou por ruído proveniente do exterior. 2. Possibilidade limitada. 3. É possível ter conversas sem interferências.			
	Apropriação do espaço (Possibilidade de introduzir elementos)	1. Sem a possibilidade de introduzir novos elementos. 2. Possibilidade limitada. 3. É possível introduzir objetos.			
	Possibilidade de ouvir musica	1. Não existe a possibilidade de ouvir musica. 2. Possibilidade limitada (altura muito limitada do som, sem aparelho). 3. Possibilidade de ouvir musica.			
	Possibilidade de controlar a temperatura	1. É impossível regular a temperatura ambiente. 2. Possibilidade limitada. 3. É possível regular a temperatura ambiente.			
	Possibilidade de controlar a janela (consegue abrir-se, tem estore)	1. É impossível regular a abertura das janelas e ausência de estores. 2. Possibilidade limitada (apenas com uma das condições: controlo da janela ou estores). 3. É possível regular a abertura das janelas e estores.			

	Controlo da luz	<p>1. Impossibilidade de controlar a luminosidade (natural e artificial)</p> <p>2. Possibilidade limitada (apenas com uma das condições: natural ou artificial).</p> <p>3. É possível controlar a luminosidade (natural e artificial).</p>			
--	------------------------	--	--	--	--

Distração Positiva (inclui ambientes restaurativos)	Presença de janelas	<p>1. O número de janelas é desadequado.</p> <p>2. O número de janelas insuficiente.</p> <p>3. O número de janelas é adequado.</p>			
	Dimensão da janela	<p>1. Sem acesso visual ao exterior- pequena, junto ao teto ou fosca.</p> <p>2. Pequena ou com limitações de visão do exterior.</p> <p>3. Grande, sem limitações.</p>			
	Vista da janela	<p>1. A curta distância de prédios, paredes ou saguão.</p> <p>2. Vista ligeiramente urbana.</p> <p>3. Vista para jardim, parque ou paisagem.</p>			
	Presença de recursos que permitam a abstração do trabalho (Sofás, internet, tv, revistas e jornais)	<p>1. Não existem recursos que permitam a abstração do ambiente de trabalho.</p> <p>2. Existem poucos elementos que permitem a abstração do ambiente de trabalho.</p> <p>3. Existem diversos elementos propícios à recuperação e relaxamento.</p>			
	Presença de elementos ornamentais (Fontes, estátuas, plantas, espaços verdes...)	<p>1. Não existe qualquer tipo de ornamentação.</p> <p>2. Existe uma quantidade reduzida de elementos ornamentais.</p> <p>3. Existem diversos elementos ornamentais.</p>			

Suporte Social	Presença de Recursos facilitadores de interação social (Mesas, cadeiras ou sofás)	1. Os recursos disponíveis são desconfortáveis. 2. Os recursos disponíveis são sofríveis. 3. Os recursos disponíveis são confortáveis.			
	Espaços propícios à interação social (Privacidade auditiva e visual)	1.O espaço de descanso não tem privacidade. 2. O espaço tem alguma privacidade. 3. O espaço de descanso permite privacidade para o desenvolvimento de interações sociais.			
	Acesso à Internet	1.Não existe acesso à internet. 2. Acesso limitado à internet. 3.Existe acesso à internet.			
	Jardins e/ou espaços exteriores propícios à socialização	1. Não existem jardins nem espaços exteriores nas imediações que sejam propícios à socialização; 2. Existem jardins e espaços exteriores próximos do espaço hospitalar que incentivam à socialização. 3.Existem jardins e espaços exteriores no recinto do hospital que incentivam à socialização.			
	Distância a bares	1. Bar demasiado longe para ir durante o horário de trabalho. 2. Bar longe mas possível ir durante o horário de trabalho. 3. Bar perto do serviço.			

Observações:

ANEXO 2

Questionário

Termo de Consentimento Informado

Tomei conhecimento que a estudante do Mestrado em Psicologia Clínica, da Universidade de Évora, Marta Sofia Mendonça da Silva, está a desenvolver uma investigação sobre a importância do espaço físico no trabalho dos profissionais de saúde, sob orientação da Professora Doutora Fátima Bernardo (Universidade de Évora) e co-orientação da Professora Doutora Cláudia Andrade (ISCTE-IUL).

Neste âmbito, foram-me explicados os objetivos do trabalho e foi solicitada a minha colaboração para responder a várias questões.

Fui informada/o de que as respostas serão anónimas e confidenciais. A minha identificação nunca será divulgada e a minha colaboração tem carácter voluntário, sendo que posso desistir em qualquer momento do trabalho.

Sei que não irá existir qualquer tipo de remuneração ou custos pela minha participação neste estudo. É-me garantido que sempre que necessitar de algum esclarecimento o mesmo ser-me-á facultado ou caso queira colocar alguma dúvida ou comentário posteriormente poderei fazê-lo para o seguinte e-mail: martasilvauevora@gmail.com.

Fui esclarecida/o sobre todos os aspetos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informada/o que tenho direito a recusar participar e que a minha recusa não terá consequências para mim.

Aceito, pois, colaborar neste estudo e assino onde indicado.

_____, _____ de _____ de 2017

Parte 1. Avaliação dos espaços para uso exclusivo dos profissionais

A. Pense nos espaços para uso exclusivo dos profissionais de saúde que tem ao seu dispor neste serviço (exclua os quartos dos pacientes) e indique em que medida concorda ou discorda com as afirmações que se seguem.

Use a seguinte escala e assinale com uma cruz o número que melhor corresponde à sua opinião

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
1.Nestes espaços consigo ter controlo sobre o ambiente e o espaço.					
2.Nestes espaços há possibilidades de conversar com os colegas de trabalho.					
3.Posso personalizar/decorar esses espaços do serviço.					
4.A administração do serviço tem controlo total sobre esses espaços.					
5.Estes espaços permitem a convivência entre os colegas.					
6.Nestes espaços a minha atenção é atraída para coisas interessantes.					
7.Posso controlar as características físicas desses espaços.					
8.Há muito para explorar e descobrir nestes espaços.					
9.Estes espaços proporcionam boas oportunidades para interações sociais.					
10.Nestes espaços eu passo tempo a olhar ao meu redor.					
11.Posso fazer escolhas sobre as condições físicas desses espaços.					
12.Os meus colegas de trabalho sentem-se confortáveis nestes espaços.					
13.Nestes espaços há coisas que atraem a minha atenção.					

14.Nestes espaços fico absorvido/a pelo ambiente envolvente.					
15.Nestes espaços posso ajustar, arranjar e organizar as coisas conforme for necessário.					
16.Nestes espaços tenho muito com que me entreter.					
17.Nestes espaços posso desfrutar da companhia dos meus colegas de trabalho.					
18.Nestes espaços o tempo passa rápido.					
19.Estes espaços facilitam a experiência de trabalhar num hospital.					
20.Estes espaços criam um ambiente agradável para mim e para os meus colegas de trabalho.					
21.Eu posso determinar a organização/ aparência destes espaços					

B. Considerando todos os aspetos, de um modo geral, quão satisfeito/a está com o ambiente físico (características ambientais e espaciais) do seu local de trabalho?

Nada satisfeito/a 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muitíssimo satisfeito/a

Parte 2. Avaliação do bem-estar geral

A. Pense agora em como se sente no seu emprego e assinale a opção que melhor se ajusta à sua situação

Discordo totalmente	Discordo Bastante	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo		Concordo bastante		Concordo totalmente		
1	2	3	4	5		6		7		
				1	2	3	4	5	6	7
1.Sinto-me bastante satisfeito/a com o meu emprego actual.										
2.Na maior parte dos dias estou entusiasmado/a com o meu emprego.										
3.Cada dia no emprego parece que não vai ter fim.										

4.Encontro verdadeiro prazer no meu trabalho.							
5.Considero que o meu trabalho é bastante desagradável.							

B. Pense em como se tem sentido, de forma geral, nos últimos 30 dias e assinale a opção que melhor define a sua situação

	Nunca (1)	Às vezes (2)	Fre- quen- temente (3)	Sem- pre (4)
1.Sinto-me exausto (a) fisicamente				
2.Fico cansado (a) muito rapidamente				
3.Sinto-me exausto (a) mentalmente				
4.Sinto-me incomodado (a) devido ao cansaço				
5.Não sinto vontade de fazer nada				
6.Tenho problemas em pensar claramente				
7.Tenho energia suficiente para o meu dia-a-dia				
8.Consigo concentrar-me bem quando estou a fazer alguma coisa				
9.Tenho problemas para iniciar actividades				
10.Não faço muitas coisas durante o dia				

C. Pense e assinale a resposta que melhor se ajusta à sua situação.

No último mês, com que frequência...	Nunca (0)	Quase Nunca (1)	Algu- mas Vezes (2)	Fre- quen- temen- te (3)	Muito Fre- quen- temen- te (4)

1. Esteve preocupado/a por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?					
2. Sentiu-se incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?					
3. Sentiu-se nervoso/a e em <i>stress</i> ?					
4. Sentiu confiança na sua capacidade para enfrentar os seus problemas pessoais?					
5. Sentiu que as coisas estavam a correr à sua maneira?					
6. Sentiu que não aguentava com as coisas todas que tinha para fazer?					
7. Foi capaz de controlar as suas irritações?					
8. Sentiu ter tudo sob controlo?					
9. Sentiu-se furioso/a por coisas que ultrapassaram o seu controlo?					
10. Sentiu que as dificuldades se estavam a acumular tanto que não as conseguia ultrapassar?					

Tendo em conta os últimos três meses da sua actividade profissional, assinale a frequência com que experiencia ou sente cada uma das seguintes afirmações.

	Nunca (0)	Algumas vezes, ou menos, por ano (1)	Uma vez, ou menos, por mês (2)	Algumas vezes por mês (3)	Uma vez por se- mana (4)	Algumas vezes por se- mana (5)	Todos os dias (6)
1. Sinto-me emocionalmente esgotada/o pelo meu trabalho							

2. Sinto-me desgastada/o no fim do dia de trabalho							
3. Sinto-me fatigada/o quando acordo de manhã e tenho que enfrentar mais um dia de trabalho							
4. Posso compreender facilmente como os meus pacientes se sentem em relação às coisas							
5. Sinto que trato alguns pacientes como se fossem objectos impessoais							
6. Trabalhar com pessoas todo o dia é realmente uma pressão para mim							
7. Lido muito eficazmente com os problemas dos meus pacientes							
8. Sinto-me esgotada/o pelo meu trabalho							
9. Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho							
10. Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão							
11. Receio que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente							
12. Sinto-me com muita energia							
13. Sinto-me frustrada/o pelo meu trabalho							
14. Sinto que estou a trabalhar demasiado na minha profissão							
15. Não me importo realmente com o que acontece a alguns pacientes							
16. Trabalhar directamente com pessoas sujeita-me a demasiado <i>stress</i>							

17. Sou capaz de criar facilmente uma atmosfera descontraída com os meus pacientes							
18. Sinto-me cheia/o de alegria depois de trabalhar de perto com os meus pacientes							
19. Realizei muitas coisas que valem a pena nesta profissão							
20. Sinto-me como se estivesse no limite da minha resistência							
21. No meu trabalho, lido muito calmamente com os problemas emocionais							
22. Sinto que os pacientes me culpam por alguns dos seus problemas							

Parte 3. Questionário Sociodemográfico e Laboral

1. Idade: _____

2. Género: Masculino

Feminino

3. Estado Civil: Casado/a ☐ Viúvo/a ☐ Solteiro/a ☐ União de facto ☐

Divorciado/a ☐ Outro _____

4. Habilitações literárias: _____

5. Categoria Profissional: _____

6. Tempo de exercício profissional:

Na profissão _____ Anos

Na instituição _____ Anos

No actual serviço _____ Anos

Na especialidade _____ Anos

7. Tipo de contrato: Permanente ☐ A prazo ☐ Outro _____

8. Tipo de horário: Fixo ☐ Por turnos ☐

Nº de horas de trabalho semanais: _____